

Manual para Afiliados

Minnesota Senior Care Plus (MSC+)

Efectivo a partir del 1 de noviembre de 2025

Este folleto contiene información sobre sus servicios de atención médica.

South Country Health Alliance, 6380 West Frontage Road, Medford, MN 55049

Servicios para Afiliados: 1-866-567-7242 Esta llamada es gratuita.

Los usuarios de TTY deben llamar al: 1-800-627-3529 o 711 Esta llamada es gratuita.

Horario de atención: 8 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes

Visite nuestro sitio web: www.mnscha.org



NO ENGLISH



1-866-567-7242

TRS: 711

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you free of charge and without unnecessary delay. Additionally, appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are available free of charge and in a timely manner. Please call the number above or speak to your provider. English

ማሳሰቢያ፡- አማርኛ ተናጋሪ ከሆኑ ፤ ነጻ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶች ካለምንም ክፍያ እና ካለአላስፈላጊ መዘግየት ማግኘት ይችላሉ። በተጨማሪም መረጃን በቀላሉ ለማግኘት በሚያስችል ቅርጽ ለማቅረብ ተገቢ የሆኑ የመስማት ድጋፍ እና አገልግሎቶች ከክፍያ ነጻ በሆነ እና ግዜውን በጠበቀ መልኩ ማግኘት ይችላሉ። እባክዎ ከላይ ባለው ቁጥር ይደውሉ ወይም አቅራቢዎን ያነጋግሩ። Amharic

تنبيه: نقدم لمتحدثي اللغة العربية خدمات مساعدة لغوية مجانية وفورية، بالإضافة إلى وسائل وخدمات مساعدة مناسبة، وبصيغة معلومات سهلة بدون تكلفة وبشكل سريع. يرجى التواصل على الرقم الموضح أعلاه أو مراجعة مقدم الخدمة المباشرة. Arabic

သတိပြုရန် - အကယ်၍ သင်သည် မြန်မာဘာသာစကား ပြောဆိုသူဖြစ်လျှင် အခမဲ့ ဘာသာစကားဆိုင်ရာ ပံ့ပိုးထောက်ပံ့ပေးမှု ဝန်ဆောင်မှုများအား မလိုအပ်သည့် နှောင့်နှေးကြန့်ကြာမှုများ မရှိစေဘဲ သင် အခမဲ့ ရရှိနိုင်မည် ဖြစ်သည်။ ထို့ပြင် အချက်အလက်များအား အလွယ်တကူ ဝင်ရောက်ရယူနိုင်စေသော ဖောမတ်ပုံစံများဖြင့် ထောက်ပံ့ပေးထားသည့် သက်ဆိုင်ရာ ဖြည့်စွက် ထောက်ပံ့မှုများနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများကိုလည်း အခမဲ့ အချိန်မ ရရှိနိုင်စေရန် စီမံပေးထားပါသည်။ ကျေးဇူးပြုပြီး အထက်ဖော်ပြပါ ဖုန်းနံပါတ်သို့ ခေါ်ဆိုပါ သို့မဟုတ် သင်၏ ထောက်ပံ့သူဖြင့် ပြောဆိုဆွေးနွေးပါ။ မြန်မာဘာသာစကား Burmese

၈

យកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ (ខ្មែរ) សេវាកម្មជំនួយភាសាភាគតិចត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយមិនគិតថ្លៃ និងដោយគ្មានការពន្យារពេលមិនចាំបាច់ឡើយ។ លើសពីនេះ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលសមស្របក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានក្នុង ទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបានគឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ និងទាន់ពេលវេលា។ សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខខាងលើ ឬនិយាយជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។ ភាសាខ្មែរ (ខ្មែរ) Cambodian (Khmer)

注意：如果您說簡體中文，您可以免費獲得語言協助服務，且不會有不必要的延誤。此外，還能免費及時獲取以無障礙格式提供資訊的適當輔助工具和服務。請撥打上面的電話號碼，或與您的服務提供商溝通。 Cantonese (Traditional Chinese)

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition, sans frais et sans délai. En outre, des aides et services auxiliaires appropriés pouvant fournir des informations dans des formats accessibles sont disponibles gratuitement et rapidement. Veuillez appeler le numéro ci-dessus ou contacter votre fournisseur. French

CEEB TOOM: Yog koj hais lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus dawb rau koj siv. Koj tsis tas them nqi thiab yuav tsis qeeb. Kuj muaj cuab yeej thiab kev pab los pab koj nyeem cov ntaub ntawv kom yooj yim nkag siab. Koj hu tau rau tus xov tooj saum toj no lossis nrog koj tus kws kho mob tham. Hmong

NO ENGLISH



1-866-567-7242

TRS: 711

ဟ်သုဉ်ဟ်သး- နမ့ၢ်ကတိၤကညီၣ်ကျိၣ်အဃိ, နမၤန့ၢ် ကျိၣ်တၢ်ဆိၣ်ထွဲမၤစၢၤ လၢတလၢ်ဘျုးလၢ်စ့ၤ ဒီးတအိၣ်ဒီး တၢ်မၤယံၢ်မၤနီၢ်သးဘၣ်န့ၣ်လီၤ. အါန့ၢ်အန့ၣ်, တၢ်အိၣ်စ့ၢ်ကီးဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်န့ၢ်ဟူၤဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤတဖၣ် လၢကဟ့ၣ်တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤ လၢပုၤအါဂၤန့ၢ်ပၢ်အီၤသ့ လၢတအိၣ်ဒီးအဘျုးအလဲ ဒီးချုးဆၢချုးကတိၤန့ၣ်လီၤ. ဝံသးစ့ၤ ကီးနီၣ်ဂံၢ်လၢထး မ့တမ့ၢ် တဲသကိးတၢ်ဒီး ပုၤလၢအဟ့ၣ်န့ၢ်တၢ်မၤစၢၤ တက့ၢ်. ကညီၣ်ကျိၣ် Karen

안내: 한국어를 사용하시는 분께는 언어 지원 서비스를 무료로, 지체 없이 제공해 드립니다. 또한, 정보 접근성을 위한 적절한 보조 기구 및 서비스가 무료로, 시의적절하게 제공됩니다. 위에 있는 번호로 전화하시거나 담당자에게 말씀해 주십시오. Korean

ຫຼາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ ແລະ ບໍ່ມີການຊັກຊ້າ ທີ່ບໍ່ຈຳເປັນ. ນອກຈາກນັ້ນ, ເຄື່ອງມືຊ່ວຍເຫຼືອແລະ ບໍລິການເສີມທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ເຂົາເຈົ້າໄດ້ ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ທັນເວລາ. ກະລຸນາໂທຫາເບີໂທລະສັບຂ້າງເທິງ ຫຼື ສົນທະນາກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ. Lao

HUBADHAA: Yoo Afaan Oromoo dubbattu ta’e, tajaajila gargaarsa turjumaana afaanii biliisaan akkasumas turtii barbaachisaa hin taane hambisu danda’u isiniif dhihaatee jira. Dabalataanis, odeeffannoo haala salphaan argamuu danda’an dhiyeessuuf gargaarsa fi tajaajiloota deeggarsaa qama midhamtootaaf mijatoo ta’an, kaffaltii tokko malee fi yeroo isaa eeggatee kennamu dhihaatee jira. Odeeffanno dabalataaf lakkoofsa armaan oliitti fayyadamuun namoota gargaarsa kana isiniif kennan qunnamaa. Oromo

ВНИМАНИЕ: Если вы разговариваете на русском языке, воспользуйтесь услугами языковой поддержки бесплатно и без лишних проводов. Также бесплатно и незамедлительно предоставляются соответствующие вспомогательные средства и услуги по обеспечению информацией в доступных форматах. Позвоните по указанному выше номеру или обратитесь к своему поставщику услуг. Russian

FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadasho Soomaali, waxaa si bilaash ah kuugu diyaar ah adeegyada caawinada luuqadeed oo aan lahayn daahitaan aan munaasib ahayn. Intaas waxaa dheer, waxaa la heli karaa adeegyada iyo kaabitaanka naafada ee haboon si macluumaadka loogu bixiyo qaabab la adeegsan karo oo bilaash ah laguna bixinayo waqigeeda. Fadlan wac lambarka kore ama la hadal adeegbixiyahaaga. Somali

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición los servicios gratuitos de traducción sin costo alguno y sin demoras innecesarias. Además, se encuentran disponibles de forma gratuita y oportuna ayuda y servicios auxiliares adecuados con el fin de brindarle información en formatos accesibles. Llame al número indicado anteriormente o hable con su proveedor. Spanish

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, bạn có thể được hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí mà không phải chờ đợi lâu. Ngoài ra, các thiết bị hỗ trợ và dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cũng có sẵn miễn phí và kịp thời. Vui lòng gọi số điện thoại phía trên hoặc trao đổi với nhân viên y tế của bạn. Vietnamese

Aviso de derechos civiles

La discriminación es ilegal. South Country Health Alliance (South Country) no discrimina por ninguno de los siguientes motivos:

- | | | | |
|----------------------|---|---|--------------------------------|
| • raza | • estado de asistencia pública | • sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género) | • estado de salud |
| • color | • edad | • estado civil | • recibo de servicios de salud |
| • país de origen | • discapacidad (incluyendo impedimento físico o mental) | • creencias políticas | • experiencia en reclamos |
| • credo | | • condición médica | • historial médico |
| • religión | | | • información genética |
| • orientación sexual | | | |

Usted tiene derecho a presentar una queja por discriminación si cree que South Country lo trató de manera discriminatoria. Puede presentar una queja y pedir ayuda para presentar una queja en persona o por correo, teléfono, fax o correo electrónico a:

Civil Rights Coordinator
 South Country Health Alliance
 6380 West Frontage Road, Medford, MN 55049
 Línea gratuita: 866-567-7242 TTY: 800-627-3529 o 711 Fax: 507-444-7774
 Correo electrónico: grievances-appeals@mnscha.org

Ayudas y servicios auxiliares: **South Country** brinda ayuda y servicios auxiliares, como intérpretes calificados o información en formatos accesibles, sin cargo y de manera oportuna para garantizar la igualdad de oportunidades para participar en nuestros programas de atención médica. **Comuníquese con** Servicios para miembros en members@mnscha.org o llame al 866-567-7242, TTY 800-627-3529 o 711.

Servicios de asistencia lingüística: **South Country** proporciona documentos traducidos e interpretación de idiomas hablados, sin cargo y de manera oportuna, cuando los servicios de asistencia con el idioma sean necesarios para garantizar que las personas cuyo dominio de inglés es limitado, tengan un acceso significativo a nuestra información y servicios. **Comuníquese con** Servicios para Miembros en members@mnscha.org o llame al 866-567-7242, TTY 800-627-3529 o 711.

Quejas de derechos civiles

Usted tiene derecho a presentar una queja por discriminación si cree que South Country lo trató de manera discriminatoria. También puede comunicarse directamente con cualquiera de las siguientes agencias para presentar una queja por discriminación.

U.S Department of Health and Human Services Office for Civil Rights (OCR)

((Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.))

Usted tiene derecho a presentar una queja ante la OCR, una agencia federal, si cree que ha sido discriminado por alguno de los siguientes motivos:

- | | | | |
|---------|------------------|----------------|-------------------------------|
| • raza | • país de origen | • discapacidad | • religión (en algunos casos) |
| • color | • edad | • sexo | |

Comuníquese directamente con la **OCR** para presentar una queja:

Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services
Midwest Region
233 N. Michigan Avenue, Suite 240 Chicago, IL 60601
Centro de respuesta al cliente: 800-368-1019, TTY: 800-537-7697
Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov

Minnesota Department of Human Rights (MDHR)

((Departamento de Derechos Humanos de Minnesota (MDHR, por sus siglas en inglés))

En Minnesota, tiene derecho a presentar una queja ante el MDHR si ha sido discriminado por alguno de los siguientes motivos:

- raza
- color
- país de origen
- religión
- credo
- sexo
- orientación sexual
- estado civil
- estado de asistencia pública
- discapacidad

Comuníquese directamente con el **MDHR** para presentar una queja:

Minnesota Department of Human Rights
540 Fairview Avenue North, Suite 201, St. Paul, MN 55104
651-539-1100 (voz), 800-657-3704 (llamada gratuita), 711 o 800-627-3529 (MN Relay),
651-296-9042 (fax), Info.MDHR@state.mn.us (correo electrónico)

Minnesota Department of Human Services (DHS)

((Departamento de Derechos Humanos (DHS, por sus siglas en inglés) de Minnesota)

Usted tiene derecho a presentar una queja ante el DHS si cree que ha sido discriminado en nuestros programas de atención médica debido a cualquiera de los siguientes motivos:

- raza
- color
- país de origen
- religión (en algunos casos)
- edad
- discapacidad (incluyendo impedimento físico o mental)
- sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género)

Las quejas deben hacerse por escrito y presentarse dentro de los 180 días a partir de la fecha en que descubrió la supuesta discriminación. La queja debe contener su nombre y dirección y describir la discriminación por la que se queja. La revisaremos y le notificaremos por escrito si tenemos autoridad para investigar. Si lo hacemos, investigaremos la queja.

DHS le notificará por escrito el resultado de la investigación. Tiene derecho a apelar si no está de acuerdo con la decisión. Para apelar, debe enviar una solicitud por escrito para que DHS revise el resultado de la investigación. Sea breve y explique por qué no está de acuerdo con la decisión. Incluya información adicional que considere importante.

Si presenta una queja de esta manera, las personas que trabajan para la agencia mencionada en la queja no podrán tomar represalias contra usted. Esto significa que no pueden castigarlo de ninguna manera por presentar una queja. Presentar una queja de esta manera no le impide buscar otras acciones legales o administrativas.

Comuníquese directamente con el **DHS** para presentar una queja por discriminación:

Civil Rights Coordinator
Minnesota Department of Human Services
Equal Opportunity and Access Division
P.O. Box 64997
St. Paul, MN 55164-0997
651-431-3040 (voz) o use su servicio de retransmisión preferido.

Los indígenas americanos pueden continuar o empezar a utilizar las clínicas de los servicios de salud indígenas y tribales (IHS, por sus siglas en inglés). No necesitaremos aprobación previa ni impondremos ninguna condición para que reciba servicios en estas clínicas. Para las personas mayores de 65 años, esto incluye los servicios de exención para personas mayores (EW, por sus siglas en inglés) a los que se accede a través de la tribu. Si un médico u otro proveedor de una clínica tribal o de IHS lo/la refiere a un proveedor de nuestra red, no le solicitaremos que consulte a su proveedor de atención primaria antes de que se le refiera.

Índice

Sección 1. Números de teléfono e información de contacto	4
Cómo contactar a nuestros Servicios para Afiliados.....	4
Nuestra información de contacto del plan para ciertos servicios	4
Otra información de contacto importante	5
Sección 2. Información importante sobre cómo obtener la atención que necesita.....	7
Transición de atención	7
Gestión de uso	7
Autorizaciones previas	8
Servicios cubiertos y no cubiertos	9
Pagos a los proveedores	9
Consciencia cultural	9
Servicios de interpretación	10
Servicios domiciliarios y comunitarios.....	10
Otro seguro de salud.....	10
Información privada.....	10
Programa de Beneficiarios Restringidos	10
Cancelación	11
Sección 3. Declaración de derechos de los afiliados	11
Sección 4. Responsabilidades de los afiliados	12
Sección 5. Su tarjeta de identificación de afiliado del plan de salud	13
Sección 6. Costo compartido	13
Copagos.....	13
Sección 7. Servicios cubiertos.....	14
Servicios de acupuntura.....	14
Atención quiropráctica.....	15
Servicios dentales.....	15
Servicios de diagnóstico	16
Servicios médicos y otros servicios de salud	17
Servicios médicos de emergencia y atención posterior a la estabilización	18
Servicios de planificación familiar.....	19
Aparatos auditivos	20
Servicios de atención en el hogar	20
Servicios domiciliarios y comunitarios (Exención para personas mayores)	20
Centro de cuidados paliativos.....	22
Hospital: internación.....	23
Hospital: ambulatorio	23
Servicios de estabilización de vivienda	24

Servicios de interpretación	25
Equipos y suministros médicos	25
Servicios de salud mental.....	26
Servicios de hogar para ancianos y convalecientes	27
Servicios oculares	28
Servicios fuera del área	28
Servicios fuera de la red	29
Medicamentos recetados (para afiliados que NO tienen Medicare)	29
Medicamentos recetados (para afiliados que tienen Medicare)	32
Atención preventiva y pruebas de detección	33
Atención recuperativa.....	33
Rehabilitación.....	34
Servicios para trastornos por consumo de sustancias (SUD)	34
Cirugía	35
Servicios de telemedicina	35
Control a distancia (telemonitoreo).....	35
Cese de consumo de tabaco y nicotina	36
Trasplantes.....	36
Traslados hacia/desde servicios médicos	37
Atención de urgencia	37
Sección 8. Servicios que no cubrimos	38
Sección 9. Servicios que no están cubiertos por el plan pero es posible que estén cubiertos a través de otra fuente	39
Sección 10. Cuándo llamar a su trabajador de condado	39
Sección 11. Uso de la cobertura del plan con otros seguros	40
Sección 12. Subrogación u otras demandas	40
Sección 13. Proceso de reclamo, apelación y apelación estatal (audiencia imparcial ante el Estado).....	40
Términos del sistema de reclamos y apelaciones que debe conocer	41
Plazos importantes de las apelaciones	42
Cómo presentar una apelación oral o escrita ante nosotros	42
Para presentar una apelación estatal (audiencia imparcial ante el Estado) ante el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota.....	43
Reclamos (quejas)	44
Para presentar un reclamo por escrito ante nosotros.....	44
Información importante sobre sus derechos al presentar un reclamo, una apelación o una apelación estatal (audiencia imparcial ante el Estado).....	45
Sección 14. Definiciones.....	46

Le damos la bienvenida a South Country Health Alliance

Nos complace darle la bienvenida como afiliado del programa Minnesota Senior Care Plus de South Country Health Alliance (denominado “plan” o “el plan”).

South Country Health Alliance (de aquí en adelante, “nosotros”, “nosotros” o “nuestro”) es parte del programa Minnesota Senior Care Plus (MSC+). Nos encargamos de coordinar y cubrir sus servicios médicos. Usted obtendrá la mayoría de sus servicios de salud a través de la red de proveedores del plan. Cuando necesite atención médica o tenga preguntas sobre sus servicios de salud, puede llamarnos. Le ayudaremos a decidir qué hacer a continuación y a qué proveedor de atención médica calificado acudir.

South Country Health Alliance se pondrá en contacto con usted para completar una evaluación de salud con un coordinador de atención. Esta evaluación nos ayudará a conectarlo con los servicios de atención médica o con otros servicios que estén disponibles para usted como afiliado. Según sus respuestas, es posible que lo contactemos para pedirle más información. Si tiene preguntas acerca de esta evaluación, llame a Servicios para Afiliados o a su coordinador de atención.

Este Manual para Afiliados es nuestro contrato con usted. Es un documento legal importante.

Este Manual para Afiliados incluye:

- Información de contacto
- Información sobre cómo obtener la atención que necesita
- Sus derechos y responsabilidades como afiliado del plan
- Información sobre los costos compartidos
- Una lista de los servicios de atención médica cubiertos y no cubiertos
- Cuándo llamar a su trabajador de condado
- Utilizar el plan de cobertura con otro seguro u otras fuentes de pago
- Información de qué hacer si tiene un reclamo (queja) o quiere apelar a una acción del plan, como es definido en la sección 13
- Definiciones

Los condados en el área de servicio del plan son los siguientes: Brown, Dodge, Goodhue, Sibley, Steele, Wabasha y Waseca.

Queremos conocer su opinión sobre nosotros. Puede llamarnos, enviarnos un correo electrónico, o escribirnos en cualquier momento. (La sección 1 de este Manual para Afiliados indica cómo contactarnos). Sus comentarios siempre son bien recibidos, ya sean positivos o negativos. De vez en cuando, hacemos encuestas en las que pedimos que nuestros afiliados nos cuenten sobre su experiencia con nosotros. Si lo contactan, esperamos que participe en las encuestas de satisfacción para afiliados. Sus respuestas a las preguntas de la encuesta nos ayudarán a saber cómo estamos trabajando y qué necesitamos mejorar.

Sección 1. Números de teléfono e información de contacto

Cómo contactar a nuestros Servicios para Afiliados

Si tiene alguna pregunta o inquietud, llame, envíe un correo electrónico o escriba a Servicios para Afiliados. Con todo gusto lo ayudaremos. Los horarios de atención de Servicios para Afiliados son: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

LLAMAR: 1-866-567-7242 (esta llamada es gratuita)
TTY: 1-800-627-3529 o 711 (esta llamada es gratuita)
FAX: 1-507-431-6328
ESCRIBIR: South Country Health Alliance
Attn: Member Services
6380 West Frontage Road
Medford, MN 55049
SITIO WEB: www.mnscha.org
CORREO ELECTRÓNICO: members@mnscha.org

Nuestra información de contacto del plan para ciertos servicios

Apelaciones y reclamos	1-866-567-7242, TTY 1-800-627-3529 o 711 (esta llamada es gratuita); o escriba a South Country Health Alliance, Atención: Grievance & Appeals Department, a la dirección que aparece a continuación; o envíe un fax al: 1-507-444-7774 Consulte la sección 13 para obtener más información.
Servicios quiroprácticos	Llame a Servicios para Afiliados
Servicios dentales	Servicio al Cliente de Delta Dental: 1-866-398-9419 (Esta llamada es gratuita) o 1-651-348-3222 TTY 711
Criterios de cobertura para el equipo médico duradero	Llame a Servicios para Afiliados.
Línea telefónica para preguntas sobre salud	Atención de enfermería las 24 horas: Use el número en el reverso de su tarjeta de identificación de afiliado
Servicios domiciliarios y comunitarios (Exención para personas mayores)	Llame a Servicios para Afiliados
Servicios de interpretación	Lengua de señas estadounidense (ASL): 711 o 1-800-627-3529 (TTY) (esta llamada es gratuita) Idioma hablado: 1-866-567-7242 (esta llamada es gratuita)
Servicios de salud mental	Llame a Servicios para Afiliados o escriba a South Country Health Alliance a la dirección a continuación.
Recetas médicas	Llame a Servicios para Afiliados.
Servicios para trastornos por consumo de sustancias	Llame a Servicios para Afiliados o escriba a South Country Health Alliance a la dirección a continuación.

Transporte	Llame a Servicios para Afiliados.
Escriba a South Country	South Country Health Alliance 6380 West Frontage Road Medford, MN 55049

Otra información de contacto importante

Las personas con dificultades para hablar o escuchar pueden llamar a los siguientes números para acceder a los recursos enumerados en este Manual para Afiliados: 711, Servicio de Retransmisión de Minnesota al 800-627-3529 (llamada gratuita) (TTY, Voz, ASCII, transmisión auditiva) o 877-627-3848 (servicio de retransmisión voz a voz). Las llamadas a estos números son gratuitas.

Para acceder a más información y para aprender más sobre las directivas de atención médica y cómo aplicar una directiva anticipada, comuníquese con Servicios para Afiliados de South Country al número indicado en la sección 1. Puede encontrar más información acerca de las directivas sobre atención médica en línea en www.mnscha.org. También puede visitar el sitio web del Departamento de Salud de Minnesota (MDH) en: <https://www.health.state.mn.us/facilities/regulation/infobulletins/advdir.html>

Para denunciar situaciones de fraude y abuso, comuníquese con Servicios para Afiliados en el número que figura en la sección 1. Si sospecha de situaciones de fraude o abuso por parte de alguien que recibe beneficios, de proveedores de atención médica que trabajan con los Programas de Atención Médica de Minnesota, o de proveedores de cuidado infantil que reciben fondos de asistencia para el cuidado infantil, puede denunciarlo al Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (DHS) de las siguientes maneras:

- presentando el formulario de la línea directa de Supervisión de la Integridad de los Programas (recomendado) (<https://mn.gov/dhs/general-public/office-of-inspector-general/report-fraud/>),
- llamando a la línea directa de Supervisión de la Integridad de los Programas en el 651-431-2650 o 800-657-3750 o 711 (TTY), o con el servicio de retransmisión que prefiera (esta llamada es gratuita),
- enviando su denuncia por correo electrónico a OIG.Investigations.DHS@state.mn.us, o
- enviando una carta por correo postal a: Office of Inspector General – Program Oversight Division – PO Box 64982, St. Paul, MN 55164-0982.

Departamento de Servicios Humanos de Minnesota

El Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Minnesota es una agencia estatal que ayuda a las personas a cubrir sus necesidades básicas. Brinda o administra atención médica, ayuda financiera y otros servicios. El DHS También administra el programa Medical Assistance en los condados. Si tiene alguna pregunta sobre su elegibilidad para Medical Assistance, comuníquese con un trabajador de su condado.

Defensor del pueblo para los Programas Públicos de Atención Médica Administrada

El defensor del pueblo para los Programas Públicos de Atención Médica Administrada del Departamento de Servicios Humanos de Minnesota ayuda a las personas inscritas en un plan de salud a resolver sus problemas de acceso, servicio y facturación. Puede ayudarle a presentar un reclamo o una apelación con nosotros. El defensor del pueblo también puede ayudarle a solicitar una apelación estatal (una audiencia imparcial ante el Estado). Llame al 651-431-2660, al 800-657-3729 o al 711 (TTY), o use el servicio de retransmisión que prefiera. Esta llamada es gratuita. Los horarios de atención son de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

Oficina del defensor del pueblo para atención a largo plazo

Comuníquese con la Oficina del defensor del pueblo para atención a largo plazo para recibir asesoramiento sobre hogares para ancianos y convalecientes, residencias con internado, residencias de atención para mayores (es decir, residencias con servicios, residencias asistidas, residencias personalizadas o residencias de acogida), servicios de atención en el hogar y acceso hospitalario o alta hospitalario para personas con Medicare. Llame al 651-431-2555 o al 800-657-3591. Esta llamada es gratuita.

Cómo ponerse en contacto con el programa Medicare

Medicare es el programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con insuficiencia renal terminal (con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal encargada de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces denominados CMS). Esta agencia contrata a las organizaciones de Medicare Advantage, entre las que nos incluimos.

Llame al 800-MEDICARE (800-633-4227) para consultar sus dudas u obtener folletos informativos gratuitos de Medicare. Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048. Esta llamada es gratuita. Los representantes del servicio de atención al cliente están disponibles las 24 horas del día, inclusive los fines de semana.

Visite www.medicare.gov. Este es el sitio web oficial de Medicare. Le ofrece información actualizada sobre Medicare y cuestiones de actualidad relacionadas con Medicare. También tiene información sobre hospitales, hogares para ancianos y convalecientes, médicos, agencia de atención en el hogar y centros de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. Cuenta con herramientas que le ayudarán a comparar los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos de Medicare de su área. También puede buscar la información de contacto de Medicare en su estado seleccionando "Phone Numbers and Websites" (Números de teléfono y sitios web).

Si no tiene computadora, la biblioteca o el centro de personas mayores de su zona pueden ayudarle a visitar este sitio web con sus computadoras. También puede llamar a Medicare al número indicado más arriba y comentarles la información que busca. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán.

Minnesota Aging Pathways®

Minnesota Aging Pathways® es un programa estatal que brinda ayuda, información y respuestas de forma gratuita a sus preguntas sobre Medicare. Minnesota Aging Pathways® es independiente (no tiene relación con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a personas con Medicare.

Los asesores de Minnesota Aging Pathways® pueden ayudarle a resolver sus dudas o problemas relacionados con Medicare. Le pueden ayudar a entender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico y a solucionar problemas de facturación de Medicare. Los asesores de Minnesota Aging Pathways® también pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder a sus preguntas sobre el cambio de planes.

Puede ponerse en contacto con Minnesota Aging Pathways® al número 800-333-2433 o escribirles a Minnesota Board on Aging, P.O. Box 64976, St. Paul, MN 55164-0976. Esta llamada es gratuita. También puede visitar el sitio web de Minnesota Aging Pathways® en www.minnesotahelp.info.

Sección 2. Información importante sobre cómo obtener la atención que necesita

Siempre que necesite servicios médicos, asegúrese de que el proveedor sea un proveedor de la red del plan. En la mayoría de los casos, debe acudir a proveedores de la red del plan para recibir los servicios. Los afiliados tienen acceso a un directorio de proveedores en el que se enumeran los proveedores de la red del plan. En el directorio de proveedores, encontrará información sobre cada proveedor, como el nombre, la dirección, el número de teléfono, las certificaciones profesionales, la especialidad y los idiomas que habla. Llame a Servicios para Afiliados si le gustaría recibir información sobre la certificación del consejo de la especialidad del proveedor, la asistencia a la facultad de medicina, el programa de residencia y el estado de la certificación del consejo. Además, puede solicitar una copia impresa del directorio de proveedores en cualquier momento. Para verificar la información actual, puede llamar al proveedor, llamar a Servicios para Afiliados al número en la sección 1 o visitar nuestro sitio web, que también figura en la sección 1.

Cuando usted es afiliado o se convierte en afiliado de South Country usted escogió o se le fue asignada una clínica de atención primaria (PCC). Su clínica de atención primaria (PCC) puede brindarle la mayoría de los servicios de atención médica que necesita y ayudarlo a coordinar su atención. Usted puede cambiar su clínica de atención primaria (PCC). Llame a Servicios para Afiliados al número de teléfono en la sección 1 si quiere cambiar su PCC. Puede acudir a cualquier clínica de atención primaria indicada en nuestro directorio de proveedores o en nuestra herramienta de búsqueda de proveedores en línea en www.mnscha.org.

No necesita una remisión para acudir a un especialista de la red del plan. Sin embargo, su clínica de atención primaria puede brindarle la mayoría de los servicios de atención médica que necesita y ayudarlo a coordinar su atención.

Comuníquese con su clínica de atención primaria para recibir información sobre los horarios de la clínica, autorizaciones previas, y para coordinar una cita. Si no puede cumplir con una cita, llame a la clínica de inmediato.

Si desea cambiar de proveedor de clínica de atención primaria, puede hacerlo. Para saber cómo hacerlo, llame a Servicios para Afiliados al número de teléfono en la sección 1.

Transición de atención

Si usted es un afiliado recién inscrito quien actualmente recibe atención de un proveedor que no es parte de la red del plan, lo ayudaremos a hacer la transición a un proveedor de la red.

Si un medicamento que está tomando actualmente no está cubierto por su nuevo plan, es posible que pueda recibir un suministro temporal para un máximo de 90 días. Si desea obtener más información, llame a Servicios para Afiliados.

Gestión de uso

South Country desea que usted obtenga la cantidad correcta de atención de calidad. Queremos asegurarnos de que los servicios de atención médica son médicamente necesarios, adecuados para su condición y que sean proporcionados en el mejor centro de atención. También necesitamos asegurarnos de que la atención que usted reciba sea un beneficio cubierto. El proceso a realizar es llamado gestión de uso (UM). Nosotros seguimos políticas y procedimientos para tomar decisiones acerca de aprobar servicios médicos. No recompensamos a los proveedores ni al personal por negar cobertura. No brindamos incentivos por decisiones de UM. No recompensamos a nadie por decir no a la atención necesitada.

Autorizaciones previas

Necesita nuestra aprobación para que cubramos algunos servicios. Esto se denomina autorización previa. La aprobación debe obtenerse antes de que usted reciba los servicios o antes de que nosotros paguemos por ellos. Varios de estos servicios están anotados en la sección 7. Trabaje con su proveedor de atención médica calificado para obtener una autorización previa cuando sea necesario. En situaciones urgentes, tomaremos una decisión en un plazo de 72 horas desde la recepción de la solicitud de su médico. Si desea obtener más información, llame a Servicios para Afiliados al número de teléfono en la sección 1.

En la mayoría de los casos, debe acudir a proveedores de la red del plan para recibir los servicios. Si necesita un servicio cubierto que no puede obtener de un proveedor de la red del plan, debe obtener nuestra autorización previa para contratar a un proveedor fuera de la red. Hay algunas excepciones a esta regla:

- Servicios de acceso abierto: planificación familiar, diagnósticos de infertilidad, detección y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (STD) y detección del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) u otras afecciones relacionadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV). Para recibir estos servicios, puede elegir cualquier proveedor de atención médica, clínica, farmacia o agencia de planificación familiar calificados, incluso si no son parte de nuestra red.
- Servicios de emergencia y posteriores a la estabilización.

Si desea obtener más información, llame a Servicios para Afiliados al número de teléfono que figura en la sección 1.

Si no podemos encontrar un proveedor calificado de la red del plan, debemos darle una autorización previa permanente para que usted acuda a un especialista calificado para cualquier de las siguientes condiciones:

- Una afección crónica (continua).
- Una enfermedad física o mental potencialmente mortal.
- Un embarazo que supere los tres primeros meses (primer trimestre).
- Una enfermedad o discapacidad degenerativa.
- Cualquier otra afección o enfermedad que sea lo suficientemente grave o compleja como para requerir tratamiento con un especialista.

Si no obtiene nuestra autorización previa cuando sea necesaria, es posible que no se pague la factura.

Si desea obtener más información, llame a Servicios para Afiliados al número de teléfono en la sección 1.

Si usted escoge un proveedor que ya no se encuentre en nuestra red de plan, debe elegir otro proveedor de la red de plan. Es posible que pueda continuar recibiendo los servicios de un proveedor que ya no forma parte de nuestra red del plan por un máximo de 120 días por los siguientes motivos:

- Una afección aguda.
- Una enfermedad física o mental potencialmente mortal.
- Un embarazo que supere los tres primeros meses (primer trimestre).
- Una discapacidad física o mental definida como una incapacidad para realizar una o más actividades importantes de la vida. Esto aplica a las discapacidades que duraron o se espera que duren, al menos, un año, o que posiblemente causen la muerte.
- Una afección discapacitante o crónica que esté en fase aguda.

Si su proveedor de atención médica calificado certifica que usted tiene una esperanza de vida de 180 días o menos, es posible que durante el resto de su vida pueda continuar recibiendo los servicios de un proveedor que ya no forma parte de nuestra red.

Si desea obtener más información, llame a Servicios para Afiliados al número de teléfono en la sección 1.

En South Country Health Alliance, contamos con personal que puede ayudarle a decidir cuál es la mejor manera de aprovechar los servicios de atención médica. Si tiene alguna pregunta sobre cuestiones como dónde recibir servicios, cómo obtener las autorizaciones para los servicios o cuáles son las restricciones en los medicamentos recetados, podemos ayudarlo. Llámenos al 1-866-567-7242 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Esta llamada es gratuita. Si necesita asistencia lingüística para hablar sobre estas cuestiones, South Country Health Alliance puede brindarle información en su idioma mediante un intérprete. Para acceder a los servicios de lengua de señas, llame al 711 o al 1-800-627-3529.

Para acceder a los servicios de asistencia en otros idiomas, llame al 1-866-567-7242. Estas llamadas son gratuitas.

Servicios cubiertos y no cubiertos

La inscripción en el plan no garantiza que ciertos artículos estén cubiertos. Es posible que algunos medicamentos recetados o equipos médicos no estén cubiertos. Esto aplica incluso si estaban cubiertos anteriormente.

Algunos servicios y suministros no están cubiertos. Todos los servicios de salud deben ser médicamente necesarios para que se cubran. Lea con atención este Manual para Afiliados. En él, se enumeran muchos servicios y suministros que no están cubiertos. Consulte las secciones 7 y 8.

Algunos servicios no están cubiertos por el plan, pero pueden estar cubiertos a través de otra fuente. Consulte la sección 9 para obtener más información. Si no está seguro de si un servicio está cubierto, llame a Servicios para Afiliados al número de teléfono en la sección 1.

Es posible que cubramos servicios adicionales o sustitutos bajo ciertas condiciones.

Nuestro equipo de gestión de uso revisa las solicitudes de cobertura de nuevos procedimientos médicos, dispositivos o medicamentos. Este equipo está conformado por médicos y otros expertos en atención médica. Usan diversas pautas nacionales y evidencia médica y científica para decidir si South Country debería aprobar el nuevo equipo, procedimiento o medicamento.

Pagos a los proveedores

No podemos reembolsarle la mayoría de las facturas médicas que pague. Las leyes estatales y federales nos impiden pagarle directamente a usted. Si pagó por un servicio que cree que deberíamos haber cubierto, llame a Servicios para Afiliados. Si recibió una factura médica que debería haberse cubierto, llame a Servicios para Afiliados a los números de teléfono que figuran en la sección 1.

Puede acceder a servicios médicos o suministros no cubiertos por el plan si acepta pagar por ellos. Los proveedores deben pedirle que firme un formulario en el que usted reconozca que será el responsable de pagar la factura. Los proveedores deben tener el formulario firmado antes de brindarle los servicios o suministros que no están cubiertos por el plan.

Consciencia cultural

Sabemos que sus creencias, su cultura y sus valores son importantes en su salud.

Queremos ayudarlo a mantener una buena salud y una buena relación con su proveedor de atención médica calificado. Queremos asegurarnos de que recibe una atención que contempla su cultura.

Servicios de interpretación

Le brindaremos servicios de interpretación para ayudarlo a acceder a sus servicios. Esto incluye tanto intérpretes de idiomas hablados como intérpretes de lengua de señas estadounidense (ASL). Los servicios presenciales de intérpretes de idiomas hablados solo están cubiertos si el intérprete está incluido en la lista de intérpretes de atención médica para idiomas hablados del Departamento de Salud de Minnesota. Llame a Servicios para Afiliados al número de teléfono que figura en la sección 1 para conocer a qué intérpretes puede acceder.

Servicios domiciliarios y comunitarios

Si necesita determinados servicios que le ayuden a vivir en la comunidad, consulte los servicios domiciliarios y comunitarios en la sección 7 para obtener información sobre los servicios de Exención para Personas Mayores.

Otro seguro de salud

Si tiene otro seguro de salud o dental, díganos **antes** de recibir atención. Le informaremos si debe usar los proveedores de la red del plan o los proveedores de atención médica de tu otro seguro. En ese caso, lo coordinaremos con su otro plan de seguro. Si hay algún cambio en su otro seguro de salud o dental, dígale a un trabajador de su condado.

Si tiene Medicare, debe surtir la mayoría de sus medicamentos recetados por medio del Programa de Medicamentos Recetados de Medicare (Medicare Parte D). Debe estar inscrito en un plan de medicamentos recetados de Medicare para recibir estos servicios. El plan no paga por recetas que están cubiertas bajo el Programa de Medicamentos Recetados de Medicare.

Información privada

Nosotros y los proveedores de atención médica que cuidan de usted tenemos derecho a recibir información sobre su atención médica. Cuando se inscribió en el Programa de Atención Médica de Minnesota, dio su consentimiento para que lo hagamos. Mantendremos la privacidad de esta información, conforme lo establece la ley.

Programa de Beneficiarios Restringidos

El Programa de Beneficiarios Restringidos (RRP) es para los afiliados que hayan usado los servicios de salud de forma indebida. Esto incluye recibir servicios de salud que no necesitaban, usarlos de maneras que cuesten más de lo que deberían o usarlos de formas que podrían ser peligrosas para la salud del afiliado. South Country Health Alliance notificará a los afiliados si son incluidos en el Programa de Beneficiarios Restringidos.

Si usted es parte del Programa de Beneficiarios Restringidos, debe recibir servicios de salud de un único proveedor de atención primaria designado, una única clínica, un único hospital donde trabaje el proveedor de atención médica primaria y una única farmacia. South Country Health Alliance puede designar a otros proveedores de atención médica. También se le puede asignar una agencia de atención médica en el hogar. No podrá recibir la asistencia con el cuidado personal, las opciones de uso flexible ni los servicios dirigidos al consumidor.

Estará restringido a los proveedores de atención médica designados durante, al menos, 24 meses de elegibilidad para los Programas de Atención Médica de Minnesota (MHCP). Todas las referencias a especialistas deben provenir de su proveedor de atención primaria y deben recibirse en el Programa de Beneficiarios Restringidos de South Country Health Alliance. Los beneficiarios restringidos no podrán pagar de su bolsillo para ver a un proveedor no designado que sea el mismo tipo de proveedor que el designado.

Permanecerá en este programa si cambia de plan de salud. También permanecerá en este programa si cambia al MHCP con cargo por servicio. No perderá la elegibilidad al MHCP por estar en el programa.

Cuando finalicen los 24 meses, se revisará su uso de los servicios de atención médica. Si siguió usando los servicios médicos de forma indebida, permanecerá en el programa durante 36 meses más de elegibilidad. Tiene derecho a apelar la incorporación en el Programa de Beneficiarios Restringidos. Debe presentar una apelación dentro de los 60 días a partir de la fecha que figura en nuestra notificación. Debe apelar dentro de los 30 días para evitar que la restricción se implemente durante la apelación. Un afiliado puede solicitar una apelación estatal (audiencia imparcial ante el Estado) después de recibir nuestra decisión de aplicar la restricción. Consulte la sección 13.

Cancelación

Su cobertura con nosotros será cancelada si usted no es elegible para Medical Assistance o si se inscribe en un plan de salud diferente.

Si ya no es elegible para Medical Assistance y no tiene Medicare, es posible que sea elegible para comprar una cobertura de salud por medio de MNsure. Para obtener información sobre MNsure: llame al 855-3MNSURE o al 855-366-7873 TTY, use el servicio de retransmisión que prefiera, o visite www.MNsure.org. Esta llamada es gratuita.

Sección 3. Declaración de derechos de los afiliados

Usted tiene derecho a:

- Ser tratado con respeto, dignidad y consideración por su privacidad.
- Recibir los servicios que necesita las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esto incluye emergencias.
- Ser informado sobre sus problemas de salud.
- Tener una charla abierta para obtener información acerca de opciones de tratamientos apropiados o necesarios por motivos médicos para sus afecciones, incluyendo cómo estos tratamientos le ayudarán o perjudicarán, independientemente del costo o la cobertura del beneficio.
- Recibir información sobre nuestra organización, nuestros servicios, nuestros profesionales y proveedores, y los derechos y responsabilidades de los afiliados.
- Participar con los proveedores en la toma de decisiones sobre su atención médica.
- Rechazar un tratamiento y obtener información sobre qué podría suceder si rechaza un tratamiento.
- Rechazar la atención de proveedores específicos.
- Saber que mantendremos la privacidad de sus registros, conforme lo establece la ley.
- Pedir y obtener una copia de su historial clínico. También tiene derecho a pedir que se corrijan los registros.
- Recibir avisos de nuestras decisiones si denegamos, reducimos o cancelamos un servicio, o si denegamos el pago de un servicio.
- Presentar un reclamo o una apelación ante nosotros. También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud de Minnesota.
- Solicitar una apelación estatal (audiencia imparcial ante el Estado) ante el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (también llamado “el Estado”). Debe apelar ante nosotros antes de solicitar una apelación estatal. Si nos tomamos más de 30 días para decidir sobre su apelación al plan y no hemos pedido una prórroga, no es necesario que espere a que le informemos nuestra decisión para solicitar una apelación estatal.

- Recibir una explicación clara de los servicios de atención en el hogar y hogares para ancianos y convalecientes cubiertos.
- Brindar instrucciones escritas para informar a los demás sus deseos de atención médica. Esto se llama “directiva de atención médica”. Le permite nombrar a una persona (agente) para que tome decisiones por usted si usted no puede decidir o si quiere que alguien más decida por usted.
- Elegir dónde recibirá los servicios de planificación familiar, diagnóstico de infertilidad, detección y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y servicios de detección de sida y HIV.
- Obtener una segunda opinión de los servicios médicos, de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias.
- Estar libre de restricciones o aislamiento utilizados como medio de: coacción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Solicitar una copia escrita de este Manual para Afiliados al menos una vez por año.
- Recibir la siguiente información de nuestra parte, si lo solicita. Llame a Servicios para Afiliados al número de teléfono en la sección 1.
 - Si usamos un plan de incentivos para médicos que afecte el uso de los servicios de referencias, y detalles sobre el plan si usamos uno.
 - Resultados de un estudio externo de revisión de calidad del estado.
 - Las licencias profesionales de los proveedores de atención médica.
- Hacer recomendaciones sobre nuestra política de derechos y responsabilidades.
- Ejercer los derechos enumerados aquí.

Sección 4. Responsabilidades de los afiliados

Usted tiene las siguientes responsabilidades:

- Leer este Manual para Afiliados y conocer qué servicios están cubiertos por el plan y cómo acceder a ellos.
- Mostrar su tarjeta de identificación de afiliado del plan de salud y su tarjeta del Programa de Atención Médica de Minnesota siempre que reciba atención médica. Debe mostrar también las tarjetas de otras coberturas de salud que tenga, como Medicare o un seguro privado.
- Establecer una relación con un proveedor calificado de atención médica del plan antes de enfermarse. Esto ayuda a usted y a su proveedor calificado de atención médica a entender su condición de salud en su totalidad.
- Brindar la información que le pida su proveedor de atención médica calificado y/o su plan de salud para que le puedan brindar la atención o los servicios correctos. Compartir información sobre sus antecedentes de salud.
- Trabajar con su proveedor de atención médica calificado para comprender su estado de salud general. Establecer metas de tratamiento acordadas mutuamente, siempre que sea posible. Seguir los planes y las instrucciones de atención que haya acordado con su médico. Si tiene preguntas sobre su atención, consulte a su proveedor de atención médica calificado.
- Saber qué hacer cuando se presenta un problema de salud, cuándo y dónde buscar ayuda, y cómo prevenir problemas de salud.
- Practicar la atención médica preventiva. Hacerse las pruebas y los exámenes, y ponerse las vacunas recomendadas para usted según su edad y género.

Comuníquese con nosotros si tiene alguna pregunta, inquietud, problema o sugerencia. Llame a Servicios para Afiliados al número de teléfono en la sección 1.

Sección 5. Su tarjeta de identificación de afiliado del plan de salud

Todos los afiliados recibirán una tarjeta de identificación de afiliado del plan.

Siempre lleve con usted la tarjeta de identificación de afiliado del plan.

Debe mostrar su tarjeta de identificación de afiliado del plan siempre que reciba atención médica.

Debe usar su tarjeta de identificación de afiliado del plan junto con su tarjeta del Programa de Atención Médica de Minnesota. Debe mostrar también las tarjetas de otras coberturas de salud que tenga, como Medicare o un seguro privado.

Llame a Servicios para Afiliados al número de teléfono en la sección 1 inmediatamente si pierde o le roban su tarjeta de identificación de afiliado. Le enviaremos una tarjeta nueva.

Llame a un trabajador de su condado si pierde o le roban su tarjeta del Programa de Atención Médica de Minnesota.

Esta es una tarjeta de identificación de afiliado del plan de muestra para que sepa cómo se ve:



Name: **John Doe**
ID: **G1234567801**
PMI# **12345678**

DOB: **01/01/1995**
Issue Date: **01/01/2025**
Issuer: 80480

Svc Type: Medical/Dental/Rx
Care Type: SCHA MinnesotaCare
Dental Netwk: MN Select Dental

Medicaid RxPCN: 06180000
Medicaid Rx BIN: 019595

www.mnscha.org

Authorization is not required for emergency care.

Member Services: 1-866-567-7242 TTY 1-800-627-3529 or 711
Dental: Delta Dental of MN 1-866-398-9419 TTY 711
24/7 Nurse Advice: 1-866-538-1226 TTY 1-877-777-6534

Plan Grievance & Appeals: 1-866-567-7242, or write SCHA, Grievance & Appeals Dept., 6380 W Frontage Rd, Medford, MN 55049. **State Appeal:** DHS Appeals Unit, PO Box 64941, St. Paul, MN 55164. **Ombudsperson:** 1-651-431-2260 (metro) or 1-800-657-3729 (greater MN) TTY 711.

Provider Services: Medical: 1-888-633-4055 Dental 1-866-398-9419
Medicaid Pharmacy: 1-866-935-8874
Medical claims to SCHA, Electronic Payer ID# 81600.
Dental claims to Delta Dental of Minnesota, PO Box 9120, Farmington Hills, MI 48333-9120

Sección 6. Costo compartido

Los costos compartidos son la cantidad que los afiliados del plan de salud pueden tener que pagar a sus proveedores por los servicios médicos o farmacéuticos. Incluye deducibles y copagos. **No tiene que compartir costos por los servicios médicos o farmacéuticos cubiertos por Medical Assistance.**

Copagos

Los copagos se enumeran en la siguiente tabla:

Servicio	Monto del copago
Visitas no preventivas (como visitas por dolor de garganta, control de la diabetes, fiebre alta, dolor de espalda, servicios de salud mental, etc.) proporcionadas por un médico, un asistente médico, un enfermero de práctica avanzada, una enfermera partera, un quiropráctico, un acupunturista, un podólogo, un audiólogo o un oftalmólogo.	\$0.00
Procedimientos de diagnóstico (por ejemplo, endoscopia, artroscopia).	\$0.00
Visita a la sala de emergencias cuando no es una emergencia.	\$0.00
Recetas de medicamentos de marca.	\$0.00
Recetas de medicamentos genéricos.	\$0.00

Si tiene Medicare, debe surtir la mayoría de sus medicamentos recetados por medio del plan del Programa de Medicamentos Recetados de Medicare (Parte D de Medicare). Es posible que se apliquen copagos diferentes sin límites mensuales en algunos de estos servicios. Si usted tiene un copago, debe abonar el copago a su proveedor.

Llame a Servicios para Afiliados al número de teléfono en la sección 1 si tiene alguna pregunta.

Sección 7. Servicios cubiertos

Esta sección describe los servicios principales que están cubiertos por el plan para los afiliados de Minnesota Senior Care Plus (MSC+). Esta no es una lista completa de los servicios cubiertos. Si necesita ayuda para entender qué servicios están cubiertos, llame a Servicios para Afiliados al número de teléfono en la sección 1. Algunos servicios tienen límites. Algunos servicios exigen una autorización previa. Si el servicio está marcado con un asterisco (*), esto significa que se necesita o podría necesitarse una autorización previa. Asegúrese de tener autorización previa válida antes de recibir el servicio. Para acceder a la cobertura, todos los servicios de atención médica deben ser necesarios médicamente necesarios. Consulte la sección 2 para obtener más información sobre las autorizaciones previas. También puede llamar a Servicios para Afiliados al número de teléfono en la sección 1 si desea obtener más información.

Servicios de acupuntura

Servicios cubiertos:

- Los servicios de acupuntura se cubren cuando son ofrecidos por un acupunturista certificado o por otro profesional certificado de Minnesota que se haya capacitado en acupuntura y tenga las credenciales correspondientes.
- Se permiten hasta 20 unidades de servicios de acupuntura por año calendario sin autorización. Solicite una autorización previa si necesita unidades adicionales*.
- Los servicios de acupuntura se cubren para lo siguiente:
 - dolor agudo y crónico
 - depresión
 - ansiedad
 - esquizofrenia
 - síndrome de estrés postraumático
 - insomnio
 - asesoramiento para dejar de fumar
 - síndrome de las piernas inquietas
 - trastornos menstruales
 - xerostomía (sequedad de la boca) asociada con lo siguiente:
 - síndrome de Sjögren
 - radioterapia
 - náuseas y vómitos asociados con lo siguiente:
 - procedimientos posoperatorios
 - embarazo
 - tratamientos contra el cáncer

Atención quiropráctica

Servicios cubiertos:

- Una evaluación o examen por año calendario.
- Manipulación manual (ajuste) de la columna vertebral para tratar la subluxación de la columna vertebral hasta 24 tratamientos por año calendario, limitado a seis por mes. Los tratamientos que excedan los 24 por año calendario o los seis por mes requerirán una autorización previa.
- Radiografías, cuando sean necesarias para respaldar un diagnóstico de subluxación de la columna vertebral.

Servicios no cubiertos:

- Otros ajustes, vitaminas, suministros médicos, terapias y equipos de un quiropráctico.

Servicios dentales

IMPORTANTE: Esta no es una lista exhaustiva. No se garantiza una cobertura específica.

Pueden aplicarse límites de servicio a los servicios listados en la sección de servicios dentales. Algunos servicios pueden o no requerir autorización previa por necesidad médica. Para saber más sobre estos servicios, contacte a Servicios para afiliados.

Servicios cubiertos:

- Servicios de diagnóstico:
 - examen y evaluación oral
 - servicios de diagnóstico por imágenes, que incluyen los siguientes servicios:
 - radiografía interproximal
 - radiografía simple para el diagnóstico de problemas
 - panorámica
 - radiografías de la boca completa
- Servicios preventivos:
 - tratamiento para caries
 - limpieza o limpiezas dentales
 - barniz de flúor
 - selladores
 - instrucciones sobre la higiene oral
- Servicios de restauración:
 - empastes
 - empaste calmante para el alivio del dolor
 - coronas individuales, limitadas a resina* y acero inoxidable
- Endodoncia (endodoncias)
 - otros procedimientos de endodoncia
- Periodoncia:
 - eliminación importante de placa y sarro (desbridamiento de la boca completa)
 - raspado del sarro y alisado radicular*
 - procedimientos de seguimiento (mantenimiento periodontal) (por dos años luego del raspado del sarro y alisado radicular)

- **Prostodoncia:**
 - prótesis extraíbles (dentaduras completas, parciales, sobredentadura) (una prótesis cada tres años por arco dental)
 - ajustes, modificaciones, revestimientos, rebasado y reparaciones de las prótesis extraíbles (dentaduras completas y parciales)
 - reemplazo de prótesis perdidas, robadas o dañadas que no puedan repararse en ciertas circunstancias*
 - reemplazo de prótesis parciales si la existente no puede modificarse para cubrir las necesidades dentales*
 - recubrimiento para acondicionamiento del tejido
 - ajustes de precisión y reparaciones
- **Cirugía oral**
 - extracción de dientes
 - extracción de muelas de juicio* (con autorización previa)
- **Ortodoncia con autorización previa***
- **Servicios dentales generales adicionales:**
 - tratamiento de emergencia por dolor
 - anestesia general, sedación profunda
 - centro de cuidados prolongados/visita a domicilio en ciertos entornos institucionales, que incluyen: centros de enfermería, centros de enfermería especializada, hogares de cuidado residencial, instituciones para enfermedades mentales (IMD), centros de cuidados intermedios para personas con discapacidades del desarrollo (ICF/DD), centros de cuidados paliativos, opciones de tratamiento prolongado de Minnesota (METO) y camas adaptables (una cama de centro de enfermería en un hospital)
 - gestión de la conducta cuando sea necesario para garantizar que el servicio dental cubierto se brinde correctamente y de forma segura
 - óxido nitroso
 - ajustes de la mordida*
 - sedantes orales o por vía intravenosa

Notas:

Si elige recibir beneficios dentales de un centro de atención calificado a nivel federal (FQHC) o en una clínica dental de gestión estatal, tendrá los mismos beneficios a los que accede con Medical Assistance.

Si usted es nuevo en nuestro plan de salud y ya inició un plan de tratamiento de servicio dental, comuníquese con nosotros para la coordinación de la atención.

Consulte la sección 1 para obtener la información de contacto de los Servicios dentales.

Servicios de diagnóstico

Servicios cubiertos:

- Análisis de laboratorio y radiografías
- Otras pruebas de diagnóstico solicitadas por su proveedor de atención médica calificado

Notas:

- Los exámenes de diagnóstico están cubiertos si cumplen con los criterios de Medicare o de nuestra cobertura y el examen es necesario por motivos médicos. No todos los exámenes serán cubiertos.
- Los servicios pueden proporcionarse en un consultorio médico, en un entorno clínico, en un hospital ambulatorio, en un laboratorio independiente o en un entorno de radiología.

Servicios médicos y otros servicios de salud**Servicios cubiertos:**

- Las visitas médicas incluyen:
 - inmunoterapia por alergias y pruebas de alergias
 - atención para personas embarazadas
 - planificación familiar: **servicio de acceso abierto**
 - análisis de laboratorio y radiografías
 - exámenes físicos
 - exámenes preventivos
 - visitas preventivas al consultorio
 - especialistas
 - consulta por telemedicina
 - vacunas y medicamentos administrados en el consultorio de un proveedor de atención médica calificado
 - visitas por enfermedades o lesiones
 - visitas en el hospital o en un hogar para ancianos y convalecientes
- Servicios de enfermería de práctica avanzada: servicios proporcionados por un profesional de enfermería, un enfermero anestesista, un enfermero obstétrico o un especialista en enfermería clínica.
- Hogar de salud conductual: coordinación de atención primaria, servicios de salud mental, y servicios sociales.
- Sangre y hemoderivados.
- Cobertura de ensayo clínico: atención de rutina que es 1) brindada como parte del tratamiento del protocolo de un ensayo clínico; 2) usual, habitual y apropiada para su afección; 3) en general, ofrecida fuera de un ensayo clínico. Esto incluye servicios y elementos necesarios para el tratamiento de los efectos y las complicaciones del tratamiento del protocolo.
- Evaluaciones para detección de cáncer (incluye mamografías, papanicolaou, evaluaciones para detectar cáncer de próstata, cáncer colorrectal).
- Servicios clínicos.
- Coordinación de la atención con un agente de salud comunitario y servicios de educación para el paciente.
- Servicios de técnicos en emergencias médicas de la comunidad (CMET)
 - visitas de alta posteriores a la hospitalización/estadía en un hogar para ancianos y convalecientes, solicitadas por su proveedor de atención primaria
 - visitas de evaluación de la seguridad solicitadas por su proveedor o médico de atención primaria (PCP)

- Servicios de paramédico comunitarios: ciertos servicios son proporcionados por un paramédico comunitario. Los servicios deben ser parte de un plan de atención de su proveedor de atención primaria. Los servicios pueden incluir:
 - evaluaciones de salud
 - control de enfermedades crónicas y educación
 - ayuda con medicamentos
 - inmunizaciones y vacunas
 - recolección de muestras para laboratorio
 - atención de seguimiento después de haber recibido tratamiento en un hospital
 - otros procedimientos médicos menores
- Asesoramiento y pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (STD), sida y otras afecciones relacionadas con el HIV: **servicio de acceso abierto**.
- Servicios de atención médica en el hogar: coordinación de la atención para afiliados con necesidades de atención de salud complejas o crónicas.
- Educación y asesoramiento sobre la salud (por ejemplo, cómo dejar de fumar, asesoramiento sobre nutrición, educación sobre la diabetes).
- Coordinación de servicios comunitarios basados en el hospital (IRSC): coordinación de servicios que buscan reducir el uso de la sala de emergencias (ER) del hospital en ciertas circunstancias. Este servicio aborda las necesidades de salud, sociales y económicas, entre otras, para que los afiliados reduzcan el uso de la ER y otros servicios de atención médica.
- Inmunizaciones.
- Servicios de podología (desbridamiento de las uñas de los pies, callos infectados y durezas y otros cuidados no rutinarios de los pies).
- Terapia respiratoria.
- Servicios de un enfermero de salud pública certificado o un enfermero registrado que ejerza en una clínica de enfermería de salud pública de una unidad gubernamental.
- Tratamiento para el sida y otras afecciones relacionadas con el HIV: **NO** es un servicio de acceso abierto. Debe acudir a un proveedor de la red del plan.
- Tratamiento de la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD).
- Tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (STD): **servicio de acceso abierto**.
- Gestión de la atención de la tuberculosis y observación directa de la ingesta de medicamentos.

Servicios no cubiertos:

- Métodos artificiales para lograr un embarazo (inseminación artificial, lo que incluye fertilización in vitro y servicios relacionados, medicamentos para la fertilidad y servicios relacionados).

Servicios médicos de emergencia y atención posterior a la estabilización

Servicios cubiertos:

- Servicios en la sala de emergencias
- Atención posterior a la estabilización
- Ambulancia (por aire o tierra, incluye transporte acuático)

Servicios no cubiertos:

Servicios de emergencia, de urgencia u otros servicios de atención médica prestados o elementos suministrados por proveedores ubicados fuera de los Estados Unidos de América (EE. UU.). No pagaremos por la atención médica de un proveedor o entidad fuera de EE. UU.

Notas:

Si tiene una emergencia y necesita tratamiento inmediato, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana. Muestre su tarjeta de identificación de afiliado y pídale que llamen a su proveedor de atención médica calificado.

En todos los demás casos, llame a su proveedor de atención médica calificado, si es posible. Puede llamar las 24 horas del día, los siete días de la semana, para recibir instrucciones sobre qué hacer.

Si está fuera de la ciudad, acuda a la sala de emergencias más cercana o llame al 911. Muestre su tarjeta de identificación de afiliado y pídale que llamen a su proveedor de atención médica calificado.

Debe llamar a su proveedor de atención médica calificado o a Servicios para Afiliados dentro de las 48 horas o tan pronto como sea posible después de recibir atención de emergencia en un hospital que no sea parte de la red del plan.

Servicios de planificación familiar

Servicios cubiertos:

- Examen de planificación familiar y tratamiento médico: **servicio de acceso abierto**.
- Pruebas diagnósticas y de laboratorio para planificación familiar: **servicio de acceso abierto**.
- Métodos para la planificación familiar (por ejemplo, Métodos para la planificación familiar (por ejemplo, píldoras anticonceptivas, parches, anillos, dispositivos intrauterinos [DIU], inyecciones, implantes): **servicio de acceso abierto**.
- Suministros para la planificación familiar recetados (por ejemplo, preservativo, esponjas, espuma, láminas anticonceptivas, diafragma, capuchón vertical): **servicio de libre acceso**.
- Asesoramiento y diagnóstico de infertilidad, incluidos los servicios relacionados: **servicio de acceso abierto**.
- Tratamiento para afecciones médicas de infertilidad: **NO** es un servicio de acceso abierto. Debe acudir a un proveedor de la red del plan. Nota: Este servicio no incluye métodos artificiales para lograr un embarazo.
- Asesoramiento y pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (STD), sida y otras afecciones relacionadas con el HIV: **servicio de acceso abierto**.
- Tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (STD): **servicio de acceso abierto**.
- Esterilización voluntaria: **servicio de acceso abierto**.
- **Nota:** Debe tener 21 años o más y debe firmar un formulario federal de consentimiento de esterilización. Deben pasar al menos 30 días, pero no más de 180 días, entre la fecha en que firme el formulario y la fecha de la cirugía.
- Asesoramiento genético: **servicio de acceso abierto**.
- Pruebas genéticas: - **NO** es un servicio de acceso abierto. Debe acudir a un proveedor de la red del plan.
- Tratamiento para el sida y otras afecciones relacionadas con el HIV: **NO** es un servicio de acceso abierto. Debe acudir a un proveedor de la red del plan.

Servicios no cubiertos:

- Métodos artificiales para lograr un embarazo (inseminación artificial, que incluye fertilización in vitro y servicios relacionados, medicamentos para la fertilidad y servicios relacionados).
- Métodos para revertir la esterilización voluntaria.
- Esterilización de una persona bajo custodia o tutela legal.

Notas:

Las leyes federales y estatales le permiten elegir cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o agencia de planificación familiar para recibir **servicios de acceso abierto**, incluso si no forman parte de la red del plan.

Aparatos auditivos**Servicios cubiertos:**

- Baterías para aparatos auditivos
- Aparatos auditivos*
- Reparación y reemplazo* de aparatos auditivos por desgaste normal, con límites*

Servicios de atención en el hogar**Servicios cubiertos:**

- Visita de enfermeros especializados
- Terapias de rehabilitación para restaurar la función (por ejemplo, terapia del habla, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia respiratoria)
- Visita de un asistente de salud a domicilio
- Atención médica en el hogar (HCN)
- Asistente para el cuidado personal (PCA) Community First Services and Supports (CFSS) reemplazará los servicios de PCA, mediante aprobación federal.

Servicios domiciliarios y comunitarios (Exención para personas mayores)**Servicios cubiertos:**

El plan pagará por los siguientes servicios para los afiliados elegibles para los servicios de Exención para personas mayores (EW):

- Servicios de acompañamiento de adultos: atención no médica, supervisión y socialización.
- Servicios diurnos para adultos (ADS) y ADS Bath: programa de actividades individualizado y autorizado para satisfacer las necesidades médicas y sociales evaluadas de un adulto mayor. ADS Bath es opcional. También incluye los servicios familiares diurno para adultos (FADS).
- Cuidado de acogida de adultos: atención residencial y servicios de apoyo apropiados para adultos, con licencia, en un entorno familiar.
- Gestión de casos: gestión de sus servicios médicos y de atención a largo plazo entre distintos profesionales de la salud y servicios sociales.
- Servicios de limpieza: servicios domésticos pesados necesarios para mantener su hogar limpio y seguro.
- Servicios de apoyo comunitario dirigidos al consumidor: servicios que usted mismo diseña para satisfacer sus necesidades y gestionar dentro de un presupuesto establecido.
- Vida personalizada /24 horas de vida personalizada: conjunto de servicios individualizados (servicios relacionados con la salud y servicios de apoyo) prestados en un entorno calificado.
- Adaptaciones para la accesibilidad en el entorno (EAA): evaluación e instalación de modificaciones en el hogar y evaluación e instalación de modificaciones en el vehículo.
- Plan estatal ampliado de servicios de atención médica en el hogar: esto incluye los servicios de atención médica en el hogar y de enfermería que superen el límite de Medical Assistance.

- Plan estatal ampliado de enfermería en el hogar: esto incluye los servicios de atención de enfermería en el hogar que superen el límite de Medical Assistance.
- Plan estatal ampliado de servicios de asistencia para el cuidado personal (PCA) Servicios y apoyos Community First (CFSS) reemplazará a los servicios de PCA en la evaluación anual del afiliado a partir del 1 de octubre de 2024. Ayuda para cuidados personales y actividades diarias (ADL) por encima del límite de Medical Assistance. Los trabajadores de apoyo directo también pueden ayudar con las actividades instrumentales diarias (IALD) cubiertas.
- Servicios para familias y cuidadores: capacitación y asesoramiento para familias y cuidadores.
- Comidas a domicilio: una comida adecuada y nutricionalmente equilibrada entregada en su domicilio.
- Servicios de tareas domésticas: servicios que le ayudan a gestionar la limpieza general y las actividades domésticas.
- Servicios individuales de apoyo a la vida comunitaria: un servicio combinado que ofrece asistencia y apoyo para permanecer en su propio hogar, incluidos recordatorios, indicaciones, supervisión intermitente o asistencia física.
- Atención de relevo: servicio de corta duración cuando usted no puede cuidar de sí mismo y su cuidador no remunerado necesita ayuda.
- Equipos y suministros especializados: suministros y equipos que superen el límite o la cobertura de Medical Assistance o que no formen parte de otra cobertura de Medical Assistance pero que estén especificados en su plan de asistencia. Esto incluye el Sistema Personal de Respuesta a Emergencias (PERS).
- Servicios de transición: elementos y apoyos necesarios para pasar de un entorno autorizado a una vivienda independiente o semiindependiente basada en la comunidad.
- Traslado (no médico): le permite acceder a actividades y servicios en la comunidad.

Notas:

Para obtener estos servicios de la Exención para personas mayores (EW), debe realizar una evaluación de MnCHOICES, antes denominada consulta de atención a largo plazo (LTCC), y se debe determinar que es apto para residir en un hogar para ancianos y convalecientes. Puede pedir que se le realice esta evaluación en su casa, apartamento o centro donde viva. Su coordinador de atención de MSC+ se reunirá con usted y su familia para hablar de sus necesidades de atención en un plazo de 20 días si llama para solicitar una visita.

Su coordinador de atención de MSC+ le dará información sobre los servicios de su comunidad, lo ayudará a encontrar servicios para permanecer en su casa o en la comunidad, y para salir de un hogar para ancianos u otro centro.

Tiene derecho a que estén presentes amigos o familiares durante la visita. Puede designar a un representante que le ayude a tomar decisiones. Puedes decidir cuáles son sus necesidades y dónde quiere vivir. Puede solicitar los servicios que mejor se adapten a sus necesidades. Usted puede tomar las decisiones finales sobre su plan de servicios y ayuda. Puede elegir quién desea que le preste los servicios y apoyo de entre los proveedores disponibles en la red de nuestro plan.

Después de la visita, su coordinador de atención de MSC+ le enviará una carta en la que le recomendará los servicios que mejor se adapten a sus necesidades. Se le enviará una copia del servicio o plan de atención que haya ayudado a elaborar. Su coordinador de cuidados de MSC+ lo ayudará a presentar una apelación si no está de acuerdo con los servicios propuestos o si le han informado de que no reúne los requisitos para recibirlos.

Las personas que viven en las reservas de White Earth, Leech Lake, Red Lake, Mille Lacs o Fond du Lac, o cerca de ellas, pueden optar por obtener sus servicios de EW a través de la división tribal de salud o servicios humanos o a través de nuestro plan. Si tiene dudas, comuníquese con la nación tribal o con nuestro plan.

Si usted está actualmente en el Acceso Comunitario para la Inclusión de Discapacitados (CADI), Atención Alternativa Comunitaria (CAC), Lesión Cerebral (BI), o la exención de Discapacidad del Desarrollo (DD), seguirá recibiendo los servicios cubiertos por estos programas de la misma manera que ahora. El administrador de casos de su condado seguirá autorizando estos servicios y coordinándolos con su coordinador de atención de MSC+.

Si necesita servicios de planificación y coordinación de la transición para que lo ayuden a trasladarse a la comunidad, puede ser elegible para los servicios de Mudanza a casa Minnesota (MHM). Los servicios de MHM son independientes de los servicios de EW, pero usted debe ser elegible para EW.

Consulte Servicios domiciliarios y comunitarios en la sección 1 para obtener la información de contacto.

Centro de cuidados paliativos

Servicios cubiertos:

Los beneficios del centro de cuidados paliativos incluyen cobertura para los siguientes servicios, cuando se brinden directamente como respuesta a la enfermedad terminal:

- Servicios médicos
- Servicios de enfermería
- Servicios médicos sociales
- Consejería
- Suministros y equipos médicos
- Medicamentos ambulatorios para controlar los síntomas y el dolor
- Asesoramiento nutricional y otros
- Cuidados hospitalarios a corto plazo
- Atención de relevo
- Servicios de asistente de salud a domicilio y tareas domésticas
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla
- Voluntarios
- Otros elementos y servicios incluidos en el plan de atención que, en otras circunstancias, serían servicios médicos cubiertos

Notas:

Elección de Medicare

Debe elegir los beneficios del centro de cuidados paliativos para recibir dichos servicios.

Si usted es elegible tanto para Medicare como para Medical Assistance y elige un centro de cuidados paliativos, debe elegir la atención de cuidados paliativos de Medicare junto con la atención de Medical Assistance para la atención de cuidados paliativos. Las pautas federales le prohíben elegir la atención en un centro de cuidados paliativos por medio de un programa y no del otro si usted es elegible para ambos.

Si le interesan los servicios del centro de cuidados paliativos, llame a Servicios para Afiliados al número de teléfono que figura en la sección 1.

Hospital: internación

Servicios cubiertos:

Los servicios de hospitalización en un hospital están cubiertos si se determina que son médicamente necesarios. Esto incluye:

- Estadía de hospitalización
- Habitación semiprivada y comidas
- Habitación privada cuando sea médicamente necesaria
- Pruebas y radiografías
- Cirugía*
- Medicamentos
- Suministros médicos
- Servicios profesionales
- Servicios de terapia (por ejemplo: fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, terapia respiratoria)

Servicios no cubiertos:

- Artículos para comodidad personal, como televisión, teléfono, servicio de peluquería o belleza, servicios para invitados
- Los cargos relacionados con la atención en el hospital para servicios de investigación, cirugía plástica o cirugía estética no están cubiertos, salvo que se determine que son necesarios por motivos médicos mediante el proceso de revisión médica

Notas:

Para recibir más información sobre los diferentes tipos de admisiones de internación, incluida la internación por salud mental o trastornos por consumo de sustancias (SUD), consulte esas secciones específicas en este Manual para afiliados.

Es posible que la atención que no sea de emergencia recibida en un hospital requiera una autorización previa. Trabaje con su proveedor de atención médica calificado para obtener una autorización previa cuando sea necesario. También puede llamar a Servicios para Afiliados al número de teléfono en la sección 1 si desea obtener más información.

Hospital: ambulatorio

Servicios cubiertos:

- Atención de urgencia para afecciones que no son tan graves como una emergencia.
- Centro quirúrgico ambulatorio*.
- Pruebas y radiografías.
- Diálisis.
- Servicios en la sala de emergencias.
- Atención posterior a la estabilización.
- Servicios de observación: si no lo admiten como paciente interno en el hospital, puede ingresar en estado de “observación ambulatoria” hasta que su proveedor determine que su afección requiere una admisión en el hospital o el alta médica. Los servicios de observación se cubren por un máximo de 48 horas. South Country Health Alliance considerará servicios de observación de hasta 72 horas en circunstancias inusuales cuando se presente documentación adicional.

Notas:

Es posible que la atención que no sea de emergencia recibida en un hospital requiera una autorización previa. Trabaje con su proveedor de atención médica calificado para obtener una autorización previa cuando sea necesario. También puede llamar a Servicios para Afiliados al número de teléfono en la sección 1 si desea obtener más información.

Servicios de estabilización de vivienda

Servicios de Estabilización de Vivienda ya no estarán disponibles a partir del 01/11/25, ya que ya no están cubiertos por el programa de Medical Assistance. Servicios cubiertos:

El plan pagará por los siguientes servicios de estabilización de vivienda a los afiliados elegibles:

- Servicios de asesoramiento sobre viviendas para desarrollar un plan centrado en la persona, dirigidos a quienes no acceden a los servicios de administración de casos de Medical Assistance.
- Servicios de transición de vivienda para ayudarle a planificar su vivienda, encontrarla y mudarse.
 - Transición de vivienda: gastos por mudanza limitados a \$3000 por año para personas que están saliendo de una institución financiada por Medical Assistance o de un entorno controlado por un proveedor y que están mudándose a su propio hogar. Los gastos por mudanza incluyen:
 - Solicitudes, depósitos de seguridad y el costo de obtener la documentación necesaria para obtener un contrato de arrendamiento para un apartamento o una casa.
 - Artículos esenciales para el hogar, incluidos muebles, cobertores de ventanas, artículos para la preparación de alimentos y ropa de cama o baño.
 - Gastos de instalación para servicios públicos, incluidos teléfono, electricidad, calefacción y agua.
 - Servicios necesarios para la salud y seguridad del individuo tales como eliminación de plagas y una limpieza única antes de mudarse.
 - Adaptaciones necesarias para la accesibilidad del hogar.
- Servicios de mantenimiento de la vivienda, para ayudar a conservar su vivienda.
- Transporte para servicios de estabilización de vivienda cuando el proveedor aborda necesidades relacionadas con la vivienda mientras conduce. Este tiempo se factura como unidades de transición/sostenimiento. No se reembolsa el kilometraje.

No está cubierto:

El plan no pagará por lo siguiente:

- Pagos de renta o vivienda
- Alimentos
- Vestimenta
- Artículos recreativos, incluyendo servicios de transmisión, computadoras, televisores, acceso a televisión por cable, altavoces, y similares
- Artículos que son propiedad o están arrendados por un proveedor
- Cualquier artículo, gasto o servicio pagado por otro programa

Notas:

Debe hacer una evaluación para ser considerado elegible para los servicios de estabilización de vivienda. Si tiene un administrador de casos específico o un administrador de casos de exención, puede solicitarle ayuda para saber si es elegible para recibir servicios de estabilización de vivienda. También puede comunicarse con un proveedor de servicios de estabilización de vivienda para que le ayude.

El personal del Departamento de Servicios Humanos (DHS) revisará la evaluación para determinar si usted cumple con los requisitos para recibir servicios de estabilización de vivienda. El DHS le enviará una carta donde le informará si califica para recibir servicios de estabilización de vivienda. Si califica, la carta indicará que los servicios han sido aprobados. Si no califica, la carta indicará que los servicios han sido denegados.

Trabaje con su proveedor si necesita ayuda con los gastos de mudanza. Si se aprueban sus gastos de mudanza, su proveedor debe enviarnos un recibo por cada gasto de mudanza.

Servicios de interpretación

Servicios cubiertos:

- Servicios de interpretación de idiomas hablados
- Servicios de interpretación de lengua de señas

Notas:

Los servicios de interpretación están disponibles para ayudarle a acceder a los servicios cubiertos.

Consulte los Servicios de interpretación en la sección 1 para acceder a la información de contacto y conocer a qué intérpretes puede acceder.

Equipos y suministros médicos

Servicios cubiertos:

- Prótesis y órtesis*.
- Equipo médico duradero* (por ejemplo: sillas de ruedas, camas de hospital, caminadores, muletas, sillas de apoyo, equipo para baño y para el inodoro y pelucas para personas que pierdan el cabello por una afección médica). Comuníquese con Servicios para Afiliados para obtener más información sobre la cobertura y los límites del beneficio de las pelucas.
- Reparaciones de equipos médicos*.
- Baterías para equipos médicos.
- Algunos zapatos, incluidos los zapatos terapéuticos apilados cuando se cumplen criterios específicos y cuando están moldeados a medida o forman parte de un aparato ortopédico para la pierna*.
- Oxígeno y equipos de oxígeno.
- Dispositivos de limpieza de las vías respiratorias.
- Dispositivos eléctricos de estimulación.
- Suministros médicos que necesite para tratar su enfermedad, lesión o discapacidad.
- Equipos y suministros para diabéticos.
- Productos nutricionales o enterales* cuando se cumplan criterios específicos.
- Productos para tratar la incontinencia.
- Suministros para planificación familiar: **servicio de acceso abierto**. (Consulte Servicios de Planificación Familiar en esta sección).
- Dispositivos de comunicación aumentativa*, incluidas las tabletas electrónicas.
- Dispositivos de detección de convulsiones.

Servicios no cubiertos:

- Modificaciones constructivas en el hogar, el vehículo o el lugar de trabajo, incluidas las barras de agarre en los baños.
- Productos ambientales (como filtros de aire, purificadores, acondicionadores, deshumidificadores).
- Equipos para ejercicio.

Notas:

Necesitará acudir a su proveedor de atención médica calificado y pedir una receta para que se cubran los equipos médicos y los suministros.

Llame al número de teléfono de los criterios de cobertura de los equipos médicos duraderos en la sección 1 si necesita más información sobre nuestros criterios de cobertura de los equipos médicos duraderos.

Servicios de salud mental**Servicios cubiertos:**

- Clínica de salud conductual comunitaria certificada (CCBHC).
- Consulta de atención clínica.
- Servicios de respuesta ante crisis que incluyen:
 - detección
 - evaluación
 - intervención
 - estabilización, incluida la estabilización residencial
 - intervención comunitaria
- Evaluaciones diagnósticas, que incluyen las evaluaciones para detección de enfermedades mentales simultáneas y trastornos por consumo de sustancias.
- Programa ambulatorio intensivo de terapia conductual dialéctica (DBT IOP)*.
- Tratamiento comunitario asertivo forense (FACT).
- Hospitalización en un hospital psiquiátrico, incluida la estadía de hospitalización extendida en un hospital psiquiátrico.
- Tiempo de traslado del proveedor de salud mental.
- Gestión de casos específicos de salud mental (MH-TCM).
- Servicios de salud mental ambulatorios, incluidos:
 - Explicación de los hallazgos.
 - Gestión de medicamentos para la salud mental.
 - Servicios neuropsicológicos.
 - Psicoterapia (paciente y/o familia, familia, crisis y grupo).
 - Pruebas psicológicas.
- Servicios médicos de salud mental, incluidos:
 - Evaluación/intervención de la salud y la conducta.
 - Visitas hospitalarias.
 - Consultas psiquiátricas con proveedores de atención primaria.
 - Consulta médica, evaluación, y manejo.

- Servicios de rehabilitación de salud mental, incluidos:
 - Tratamiento comunitario asertivo (ACT).
 - Tratamiento diurno para adultos.
 - Servicios de rehabilitación de salud mental para adultos (ARMHS).
 - Especialista certificado de apoyo (CPS) en situaciones limitadas.
 - Servicios de tratamiento residencial intensivo (IRTS).
 - Programa de hospitalización parcial (PHP).
- Telemedicina.

Servicios no cubiertos:

- Terapia de reorientación sexual.

Los siguientes servicios no están cubiertos por el plan, pero es posible que estén disponibles por medio de su condado. Llame a su condado para solicitar más información. También puede consultar la sección 9.

- Tratamiento en centros definidos según la Regla 36 que no tienen licencia para servicios de tratamiento residencial intensivo (IRTS).
- Alojamiento y comida asociados con los servicios de tratamiento residencial intensivo (IRTS).

Notas:

Consulte Servicios de salud mental en la sección 1 para tener información de a dónde debe llamar o escribir.

Acuda a un proveedor de la red del plan para servicios de salud mental.

Si decidimos que no es necesario un tratamiento de salud mental estructurado, puede buscar una segunda opinión. Para la segunda opinión, debemos permitirle que acuda a cualquier profesional de salud calificado que no forme parte de la red del plan. Pagaremos esta consulta. Debemos considerar la segunda opinión, pero tenemos derecho a no estar de acuerdo con ella. Usted tiene derecho a apelar nuestra decisión.

No determinaremos la necesidad médica para los servicios de salud mental por orden judicial. Acuda a un proveedor de la red del plan para la evaluación de salud mental por orden judicial.

Servicios de hogar para ancianos y convalecientes

Servicios cubiertos:

- Tarifa diaria para hogar para ancianos y convalecientes: somos responsables de pagar un total de 180 días de alojamiento y comida en un hogar para ancianos y convalecientes. Si necesita cuidados continuados en un hogar de ancianos más allá de los 180 días, el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (DHS) pagará directamente sus cuidados. Si el DHS paga actualmente por su atención en un hogar para ancianos y convalecientes, el DHS, y no nosotros, seguirá pagando por su atención.
- Servicios de enfermería.
- Servicios de terapia.
- Medicamentos.
- Suministros y equipos médicos.

Servicios no cubiertos:

- Una habitación privada, a menos que su médico lo ordene por motivos médicos.
- Artículos para comodidad personal, como televisión, teléfono, servicio de peluquería o belleza, servicios para invitados.

Servicios oculares

Servicios cubiertos:

- Exámenes oculares.
- Anteojos iniciales, cuando sean médicamente necesarios (la elección del marco puede ser limitada).
- Anteojos de reemplazo, cuando sean médicamente necesarios.
 - Reemplazo idéntico de anteojos cubiertos por pérdida, robo o daño irreparable.
- Reparación de marcos y lentes para anteojos cubiertos por el plan.
- Lentes tintados, fotocromáticos (por ejemplo: lentes Transition®) o polarizados, cuando sean necesarios por motivos médicos*.
- Lentes de contacto, cuando sean necesarios por motivos médicos en determinadas circunstancias*.

Servicios no cubiertos:

- Par de anteojos adicional.
- Lentes progresivos bifocales/trifocales (sin líneas).
- Recubrimiento protector para lentes de plástico.
- Suministros para lentes de contacto.

Servicios fuera del área

Servicios cubiertos:

- Un servicio que necesite cuando esté temporalmente fuera del área de servicio del plan. Los afiliados deben preguntar al proveedor si acepta South Country Health Alliance, y los afiliados deben tener en cuenta que se puede requerir una autorización previa para los servicios médicos que no sean emergencias. Llame a Servicios para Afiliados para saber si hay un proveedor de la red cerca de donde usted se encuentra.
- Un servicio que necesita después de mudarse de nuestra área de servicio mientras aún es un afiliado del plan.
- Servicios de emergencia para una emergencia que necesita tratamiento inmediato.
- Atención posterior a la estabilización.
- Atención de urgencia necesaria por motivos médicos cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan (llame a Servicios para Afiliados al número de teléfono que figura en la sección 1 lo antes posible).
- Servicios cubiertos que no están disponibles en el área de servicio del plan.

Servicios no cubiertos:

- Servicios de emergencia, de urgencia u otros servicios de atención médica prestados o elementos suministrados por proveedores ubicados fuera de los Estados Unidos de América (EE. UU.). No pagaremos por la atención médica de un proveedor o entidad fuera de EE. UU.

Notas:

Si necesita acudir a una farmacia cuando esté fuera del área de servicio del plan, llame a Servicios para Afiliados al número de teléfono en la sección 1 antes de pagar por un medicamento recetado o un medicamento de venta libre, incluso si el medicamento está en nuestra lista de medicamentos cubiertos (LOCD) (formulario). No podemos reembolsarle lo que pague.

Servicios fuera de la red**Servicios cubiertos:**

- Ciertos servicios que necesita y que no puede obtener de un proveedor de la red del plan.
- Servicios de emergencia para una emergencia que necesita tratamiento inmediato.
- Atención posterior a la estabilización.
- Una segunda opinión para salud mental y trastornos por consumo de sustancias*.
- Un servicio que no es de emergencia médica y que usted necesita cuando se encuentra temporalmente fuera de la red o del área de servicio del plan, que un proveedor de la red receta o recetó, recomendó, o está brindando actualmente.
- Servicios relacionados al diagnóstico, monitoreo, y tratamiento de una enfermedad o afección rara.

Notas:

Algunas veces los afiliados necesitan ver a un tipo de doctor muy especializado. Trabajaremos con su doctor para asegurarnos de que acuda al especialista o servicio cuando lo necesite, por el tiempo que lo necesite, incluso si el proveedor no es un proveedor de la red actualmente. No hay costo para usted cuando autorizamos la atención o el servicio antes de que vea al proveedor.

Medicamentos recetados (para afiliados que NO tienen Medicare)**Servicios cubiertos:**

- Medicamentos recetados
- Servicios de administración de terapia con medicamentos (MTM).
- Ciertos medicamentos de venta libre (cuando los receta un proveedor de atención médica calificado con autoridad para recetar).

Servicios no cubiertos:

- Medicamentos usados para tratar la disfunción eréctil o sexual.
- Medicamentos usados para mejorar la fertilidad.
- Medicamentos usados con propósitos estéticos, incluidos aquellos para tratar la pérdida de cabello.
- Medicamentos excluidos de la cobertura por la ley federal o estatal.
- Medicamentos experimentales, medicamentos en investigación o medicamentos no aprobados ni autorizados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
- Cannabis medicinal.

Notas:

La lista de medicamentos cubiertos (formulario) incluye los medicamentos recetados cubiertos por South Country Health Alliance. El plan selecciona los medicamentos de la lista con ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe ser similar a la lista cubierta por Medical Assistance con cargo por servicio. La lista también debe incluir los medicamentos de la lista de medicamentos preferidos (PDL) del Departamento de Servicios Humanos.

Además de los medicamentos cubiertos por South Country Health Alliance, algunos medicamentos de venta libre están cubiertos por los beneficios de Medical Assistance. Puede buscar los medicamentos recetados con nuestra herramienta de búsqueda en línea en www.mnscha.org. Hay una lista de medicamentos cubiertos (formulario) también publicada en el sitio web. También puede llamar a Servicios para Afiliados y pedir una copia escrita de nuestra lista de medicamentos cubiertos (formulario).

Si un medicamento que está tomando actualmente no está cubierto por su nuevo plan, es posible que pueda recibir un suministro temporal para un máximo de 90 días. Si desea obtener más información, llame a Servicios para Afiliados.

Es posible que algunos medicamentos cubiertos tengan requisitos adicionales o límites en la cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir lo siguiente:

- **Autorización previa (PA):** South Country Health Alliance exige que usted o su proveedor de atención médica obtengan una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación de South Country Health Alliance antes de surtir sus medicamentos. Si no obtiene la aprobación, es posible que South Country Health Alliance no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad (QL):** para ciertos medicamentos, South Country Health Alliance limita la cantidad que cubre.
- **Preferidos/no preferidos (P/NP):** para algunos grupos de medicamentos, South Country Health Alliance exige que pruebe con los medicamentos preferidos antes de pagar por los medicamentos no preferidos. Para recibir un medicamento no preferido, su médico o proveedor de atención médica deberá obtener una autorización previa.
- **Requisitos de edad:** en algunos casos, hay requisitos de edad para acceder a ciertos medicamentos. Según su edad y el medicamento específico recetado, podría necesitar una autorización previa.
- **Medicamentos de marca:** South Country Health Alliance solo cubrirá la versión de marca del medicamento en los siguientes casos:
 1. quien emite la receta informa por escrito a South Country Health Alliance que la versión de marca del medicamento es médicamente necesaria; o
 2. South Country Health Alliance prefiere brindar la versión de marca en lugar de la versión genérica del medicamento; o
 3. la ley de Minnesota exige que se brinde la versión de marca del medicamento

Para saber si su medicamento requiere autorización previa, tiene límites de cantidad, es preferido/no preferido, o tiene requisitos de edad, comuníquese con Servicios para Afiliados o visite nuestro sitio web en www.mnscha.org. Se puede eliminar una restricción o límite en un medicamento si su médico presenta una declaración o documentación que respalde el pedido. También puede obtener más información sobre las restricciones aplicadas a medicamentos cubiertos específicos comunicándose con Servicios para Afiliados o visitando nuestro sitio web en www.mnscha.org.

Si South Country Health Alliance cambia los requisitos de autorización previa, los límites de cantidad y/u otras restricciones en un medicamento que usted está tomando actualmente, South Country Health Alliance notificará a usted y a su médico sobre el cambio al menos 10 días antes de que el cambio entre en vigencia.

Cubriremos un medicamento fuera del formulario si su proveedor de atención médica calificado demuestra lo siguiente: 1) el medicamento que suele cubrirse ha causado una reacción perjudicial en usted; 2) hay motivos para creer que el medicamento que suele cubrirse podría causarle una reacción perjudicial; o 3) el medicamento recetado por su proveedor de atención médica calificado es más efectivo para usted que el que suele cubrirse. El medicamento debe ser de una clase de medicamento cubierta.

Cubriremos medicamentos antipsicóticos, incluso si no están en nuestra lista de medicamentos, si su proveedor certifica que es lo mejor para usted. No se aplican copagos a los medicamentos antipsicóticos. En ciertos casos, también cubriremos otros medicamentos usados para tratar enfermedades mentales o alteraciones emocionales, incluso si el medicamento no está en nuestra lista de medicamentos aprobados. Lo haremos durante un máximo de un año si su proveedor certifica que el medicamento es la mejor opción para usted y que usted ya fue tratado con el medicamento durante 90 días: 1) antes de que retiráramos el medicamento de la lista; o bien 2) antes de que se inscribiera en el plan.

La mayoría de los medicamentos y ciertos suministros están disponibles en cantidades para un máximo de 34 días. Ciertos medicamentos que toma de forma habitual para tratar una afección crónica o a largo plazo están disponibles en cantidades para un máximo de 90 días y se identifican en la lista de medicamentos cubiertos de South Country Health Alliance como **EDS** (suministro con extensión de [90 días] días).

Si South Country Health Alliance no cubre su medicamento o aplica restricciones o límites en el medicamento, y usted considera que eso no funcionará en su caso, puede hacer lo siguiente:

- Puede preguntarle a su proveedor de atención médica si existe otro medicamento cubierto que funcione en su caso.
- Usted y/o su proveedor de atención médica pueden solicitar a South Country Health Alliance que haga una “excepción” y cubra el medicamento para usted o quite las restricciones o límites. Si se aprueba su solicitud de excepción, el medicamento estará cubierto al nivel de copago del medicamento de marca o genérico correspondiente.

El medicamento debe figurar en nuestra lista de medicamentos cubiertos (formulario).

Si su proveedor de atención médica calificado le receta un medicamento que no está en nuestro formulario, el plan puede denegar estos medicamentos o brindarle otro medicamento del formulario que funcione de la misma manera. En el caso de las recetas de medicamentos fuera del formulario, el médico recetador debe comunicarse con el Departamento de Asistencia de Farmacia al 1-866-935-8874 (llamada gratuita) para obtener excepciones médicas para el medicamento.

Si el personal de farmacia le informa que el medicamento no está cubierto y debe pagarlo, pídale que llamen a su proveedor de atención médica calificado. No podemos reembolsarle lo que pague. Es posible que haya otro medicamento que funcione y que cubramos con el plan. Si la farmacia no llama a su proveedor de atención médica calificado, puede hacerlo usted. También puede llamar a Servicios para Afiliados al número de teléfono que figura en la sección 1 si necesita ayuda.

Si el personal de la farmacia le informa que la farmacia está fuera de la red, comuníquese con Servicios para Afiliados.

Los medicamentos de especialidad son consumidos por personas con enfermedades complejas o crónicas. Estos medicamentos suelen requerir una manipulación, preparación o control especial a cargo de un farmacéutico especializado. La farmacia de especialidad solo es necesaria si el medicamento de especialidad recetado se usa para tratar fibrosis quística, hemofilia, hepatitis C, esclerosis múltiple, afecciones oncológicas o artritis reumatoide.

Si le recetan un medicamento que está en la lista de medicamentos de especialidad de South Country Health Alliance, su médico deberá enviar la receta de ese medicamento de especialidad a la farmacia de especialidad de South Country Health Alliance.

- Nombre de la farmacia de especialidad: AcariaHealth
- Teléfono y TTY: 1-800-511-5144 o 711 (esta llamada es gratuita)
- Fax: 1-877-541-1503
- Horarios de atención:
 - Lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 9:00 p. m. CST
 - Sábados de 8:00 a. m. a 2:00 p. m. CST

Atención fuera del horario de atención: AcariaHealth cuenta con servicio de guardia fuera del horario de atención, por lo que los pacientes pueden comunicarse con un farmacéutico las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y los 365 días del año

- <https://acariahealth.envolvehealth.com/>

La farmacia de especialidad se comunicará con usted para configurar su cuenta cuando usted haya autorizado a su médico a enviar la receta a la farmacia de Especialidad y se reciba la autorización de South Country Health Alliance.

Medicamentos recetados (para afiliados que tienen Medicare)

Servicios cubiertos:

- Algunos productos de venta libre, algunos productos recetados contra la tos y el resfriado, y algunas vitaminas no cubiertas por el Programa de Medicamentos Recetados de Medicare (Medicare Parte D).

Servicios no cubiertos:

- Medicamentos recetados elegibles para la cobertura mediante el Programa de Medicamentos Recetados de Medicare (Medicare Parte D).
- Medicamentos usados para tratar la disfunción eréctil o sexual.
- Medicamentos usados para mejorar la fertilidad.
- Medicamentos usados con propósitos estéticos, incluidos aquellos para tratar la pérdida de cabello.
- Medicamentos excluidos de la cobertura por la ley federal o estatal.
- Medicamentos experimentales, medicamentos en investigación o medicamentos no aprobados ni autorizados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
- Cannabis medicinal.

Notas:

Medicare paga por la mayoría de sus medicamentos recetados mediante el Programa de Medicamentos Recetados de Medicare (Medicare Parte D). **Debe inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare** para recibir la mayoría de sus servicios de medicamentos recetados. Recibirá sus servicios de medicamentos recetados mediante el plan de medicamentos recetados de Medicare, no mediante nuestro plan. Es posible que deba pagar un copago por las recetas cubiertas por su plan de medicamentos recetados de Medicare.

Atención preventiva y pruebas de detección**Servicios cubiertos:**

- Inmunizaciones.
- Exámenes de rutina adaptados a la edad y al riesgo (por ejemplo, exámenes físicos, visuales y auditivos).
- Evaluaciones para detección de cáncer (incluye mamografías, papanicolaou, evaluaciones para detectar cáncer de próstata, cáncer colorrectal).
- Educación y asesoramiento sobre la salud (p. ej., cómo dejar de fumar, asesoramiento sobre nutrición, educación sobre la diabetes).
- Visita de planificación familiar: **servicio de acceso abierto**.
- Medición de la masa ósea.

Atención recuperativa

La atención recuperativa ayuda a los afiliados elegibles a evitar ser readmitidos en el hospital. Proporciona alojamiento a corto plazo, atención médica y apoyo por hasta sesenta (60) días a quienes se están recuperando de una enfermedad y no tienen vivienda. Este servicio está dirigido a quienes necesitan apoyo para su recuperación, pero no requieren permanecer en el hospital.

Servicios cubiertos:

- Cuidados básicos de enfermería, como comprobar la salud y el dolor.
- Cuidado de heridas.
- Ayuda para tomar medicamentos.
- Enseñanza sobre salud.
- Revisión y actualización de vacunas (inmunizaciones).
- Planificación de la recuperación y la vuelta a casa.
- Comprobación y planificación de las necesidades médicas, emocionales y sociales.
- Creación y seguimiento de un plan de atención.
- Asistencia con asuntos legales, búsqueda de vivienda, transporte y otros servicios comunitarios.
- Apoyo para acceder a atención médica y otros beneficios.
- Seguimiento de los planes de atención.
- Apoyo médico, social y emocional, como asesoramiento.
- Servicios de trabajadores comunitarios de la salud.

Servicios no cubiertos:

- Servicios relacionados con las necesidades de salud emocional de un afiliado que excedan el apoyo que un proveedor puede brindar.
- Servicios para actividades de la vida diaria (ADL) que un afiliado no pueda realizar por sí mismo, como levantarse o usar el baño.
- El pago de hospedaje y alimentación asociado con los servicios de atención recuperativa es responsabilidad del Departamento de Servicios Humanos de Minnesota.

Notas:

Un afiliado debe contar con una remisión para recibir servicios de atención recuperativa en un hospital o clínica.

Rehabilitación

Servicios cubiertos:

- Terapias de rehabilitación para restaurar la función: fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla.
- Dispositivos de comunicación aumentativa.
- Servicios de audiología, incluidas pruebas de audición.

Servicios no cubiertos:

- Rehabilitación vocacional.
- Gimnasios y spas.

Servicios para trastornos por consumo de sustancias (SUD)

Servicios cubiertos:

- Pruebas/evaluación/diagnóstico, incluyendo los servicios autorizados de evaluación breve, intervención y referencia a tratamiento (SBIRT)
- Evaluaciones exhaustivas.
- Tratamiento ambulatorio.
- Internación en hospital.
- Tratamiento residencial no hospitalario.
- Tratamiento ambulatorio asistido con medicamentos.
- Desintoxicación (solo cuando la hospitalización es médicamente necesaria por las condiciones resultantes de una lesión o accidente, o por complicaciones médicas durante la desintoxicación).
- Coordinación del tratamiento para SUD.
- Apoyo para la recuperación.
- Manejo de la abstinencia.

Servicios no cubiertos:

El pago de alojamiento y comida que se determine necesario a partir de la evaluación del trastorno por consumo de sustancias está a cargo del Departamento de Servicios Humanos de Minnesota.

Notas:

Consulte la sección 1 para acceder a la información de contacto de los servicios para trastornos por consumo de sustancias.

Un profesional calificado que forme parte de la red del plan le recomendará servicios para trastornos por consumo de sustancias. Puede elegir hasta el nivel más alto de atención recomendado por el profesional calificado. Si no está de acuerdo con los servicios recomendados, puede recibir una evaluación adicional en cualquier momento de su tratamiento. Si está de acuerdo con la segunda evaluación, puede acceder a los servicios de acuerdo con los estándares del trastorno por consumo de sustancias y la segunda evaluación. Tiene derecho a apelar. Consulte la sección 13 de este Manual para afiliados.

Cirugía**Servicios cubiertos:**

- Visitas al consultorio/clínica/cirugía*
- Eliminación de marcas de nacimiento (manchas de vino Oporto)
- Cirugía reconstructiva (por ejemplo, después de una mastectomía, después de una cirugía por una lesión, una enfermedad u otras afecciones; por defectos de nacimiento)*
- Servicios de anestesia
- Circuncisión, cuando sea médicamente necesario*
- Cirugía afirmativa de género*

Servicios no cubiertos:

- Cirugía estética

Servicios de telemedicina**Servicios cubiertos:**

- Los servicios de telemedicina cubren los servicios y las consultas médicamente necesarias que brinde un proveedor de atención médica con licencia por teléfono o videollamada con el afiliado. El afiliado puede estar en su casa. La telemedicina se define como la provisión de servicios de atención médica o consultas mediante el uso de comunicaciones de audio y visuales interactivas y bilaterales en tiempo real. El objetivo de la telemedicina es brindar o respaldar la provisión de atención médica, y facilitar la evaluación, el diagnóstico, la consulta, la educación sobre el tratamiento y la administración de atención para la atención médica de un paciente mientras este se encuentra en un lugar de origen y el proveedor de atención médica con licencia se encuentra en un lugar distante.

Control a distancia (telemonitoreo)

El control a distancia es el uso de la tecnología para brindar atención y apoyo para las necesidades complejas de salud de un afiliado en un lugar remoto, como la casa del afiliado. Con el control a distancia, se puede hacer un seguimiento de los signos vitales del afiliado con un dispositivo o equipo que envía los datos de forma electrónica para que su proveedor los revise. Algunos ejemplos de los signos vitales que pueden controlarse de forma remota son la frecuencia cardíaca, la presión sanguínea y el nivel de glucosa en la sangre.

Servicios cubiertos:

- Servicios de control a distancia para los afiliados con afecciones de alto riesgo y complejas desde el punto de vista médico, como la insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) o la diabetes (cuando sea médicamente necesario).

Cese de consumo de tabaco y nicotina**Servicios cubiertos:**

- Asesoramiento en persona: Puede recibir ayuda para dejar el tabaco o la nicotina a través de sesiones individuales o de grupo dirigidas por profesionales de la salud capacitados.
- Asesoramiento telefónico: puede llamar al Programa EX para solicitar ayuda. Este servicio está disponible por teléfono y no requiere video. Desarrolle un plan de abandono personalizado, únase a una comunidad de apoyo activa y acceda al programa desde su dispositivo móvil en cualquier momento y lugar. El asesoramiento por mensajes en vivo está disponible, y los miembros pueden recibir hasta 8 semanas de parches, chicles, pastillas gratuitas o una combinación de terapias gratuitas entregadas directamente a ellos. El programa también ofrece apoyo para cigarrillos electrónicos y el vapeo.
 - 1-833-EXCOACH (1-833-392-6224)
 - Disponible las 24 horas, los 7 días de la semana
 - GO.TheEXProgram.com/SCHA
- Medicamentos: puede acceder a medicamentos recetados y de venta libre aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para ayudarlo a dejar de fumar o usar nicotina.
- Telemedicina: los servicios también pueden brindarse a través de telemedicina. (videollamadas o en línea).

Notas:

Sin límites: no hay límites en la frecuencia con la que puede utilizar estos servicios ni en la cantidad de veces que puede recibir asesoramiento o medicamentos para el cese de consumo de tabaco y nicotina.

Servicios múltiples: puede utilizar diferentes tipos de apoyo al mismo tiempo, como asesoramiento y medicamentos.

No se requiere autorización previa para ningún servicio para el cese de consumo de tabaco y nicotina ni para los medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para el tratamiento de cese de consumo de tabaco.

Trasplantes**Servicios cubiertos:**

- Trasplante de órganos y tejidos*, incluyendo médula ósea, córneas, corazón, corazón y pulmón, intestinos, intestinos e hígado, riñón, hígado, pulmón, páncreas, páncreas y riñón, células del islote pancreático, células madre y otros trasplantes.
- Dispositivo de asistencia ventricular* insertado como puente al trasplante de corazón o como tratamiento de terapia de destino.

Notas:

El tipo de trasplante debe 1) estar incluido en el Manual del Proveedor del Departamento de Servicios Humanos de Minnesota; 2) ser de un tipo cubierto por Medicare; o 3) estar aprobado por el agente de revisión médica estatal.

Los trasplantes deben hacerse en un centro de trasplantes catalogado como centro de trasplante aprobado por Medicare.

Los centros de trasplante de células madre o médula ósea deben cumplir con los estándares establecidos por la Fundación para la Acreditación de la Terapia Celular (FACT).

Traslados hacia/desde servicios médicos**Servicios cubiertos:**

- Ambulancia (por aire o tierra, incluye transporte acuático)
- Traslado con conductor voluntario
- Traslado sin asistencia (taxi o transporte público)
- Traslado con asistencia*
- Traslado con elevador/rampa*
- Traslado protegido*
- Traslado en camilla*

Servicios no cubiertos:

- Reembolso de millas (por ejemplo, cuando usa su propio automóvil), comidas, alojamiento y estacionamiento, incluidos los viajes fuera del estado. Estos servicios no están cubiertos por el plan, pero es posible que estén disponibles a través de su condado o agencia tribal. Llame a su condado local o agencia tribal para recibir más información.

Notas:

Si necesita traslado ida y vuelta para recibir servicios médicos cubiertos, llame al número de teléfono para traslados que figura en la sección 1. Nosotros proporcionaremos la forma de transporte más apropiada y rentable.

El plan no está obligado a brindarle transporte hasta su clínica de atención primaria si esta se encuentra a más de 30 millas de su hogar o si usted elige a un proveedor de especialidad que se encuentra a más de 60 millas de su hogar. Llame al número de teléfono de transporte que figura en la sección 1 si no tiene una clínica de atención primaria que esté disponible en un radio de 30 millas de su hogar o si no tiene un proveedor de especialidad que esté disponible en un radio de 60 millas de su hogar.

Atención de urgencia**Servicios cubiertos:**

- Atención de urgencia dentro del área de servicio del plan
- Atención de urgencia fuera del área de servicio del plan

Servicios no cubiertos:

- Servicios de urgencia, de emergencia u otros servicios de atención médica prestados, o elementos suministrados por proveedores ubicados fuera de los Estados Unidos de América (EE. UU.). No pagaremos por la atención médica de un proveedor o entidad fuera de EE. UU.

Notas:

Una afección urgente no es tan grave como una emergencia. Esto se refiere a la atención para una afección que necesita tratamiento inmediato para no empeorar. La atención de urgencia está disponible las 24 horas del día.

Llame a Servicios para Afiliados al número de teléfono en la sección 1 lo antes posible cuando reciba atención de urgencia fuera del área de servicio del plan.

Usted también puede llamar al servicio de Atención de enfermería de 24 horas al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de South Country. El servicio de Atención de enfermería de 24 horas proporciona apoyo las 24 horas del día, 7 días a la semana.

Doctor On Demand es un servicio de telemedicina para atención de urgencia disponible las 24 horas, los 7 días de la semana para los afiliados de South Country. Los afiliados pueden consultar a un médico de forma virtual en lugar de ir a la clínica o consultar fuera del horario de atención.

Doctor On Demand puede evaluar y tratar una amplia variedad de condiciones. Visite doctorondemand.com/southcountry o descargue la aplicación Doctor On Demand desde la tienda de aplicaciones.

Es bueno saber cuál es la clínica de atención de urgencia en la red que está más cerca de usted. Puede encontrar una clínica de atención de urgencia aquí: <https://mnscha.org/provider-search/>. O puede llamar a Servicios para Afiliados.

Llame a Servicios para Afiliados al número de teléfono en la sección 1 lo antes posible cuando reciba atención de urgencia fuera del área de servicio del plan.

Sección 8. Servicios que no cubrimos

Si recibe servicios médicos o suministros no cubiertos, es posible que tenga que pagar por ellos. Algunos servicios “no cubiertos” y suministros están enumerados bajo cada categoría en la sección 7. La siguiente es una lista de otros servicios y suministros que no están cubiertos por el plan. Esta no es una lista completa. Llame a Servicios para Afiliados para obtener más información.

- Autopsias (exámenes realizados en el cuerpo de las personas que han fallecido para determinar la causa de la muerte).
- Procedimientos o tratamientos estéticos.
- Servicios de emergencia, de urgencia u otros servicios de atención médica prestados, o elementos suministrados por proveedores ubicados fuera de los Estados Unidos de América (EE. UU.). No pagaremos por la atención médica de un proveedor o entidad fuera de EE. UU.
- Servicios experimentales o de investigación.
- Servicios o suministros de atención médica que no sean médicamente necesarios.
- Productos homeopáticos o de hierbas.
- Servicios secundarios en hospitales de internación o en hogares para ancianos y convalecientes, como televisión, teléfono, peluquería y servicios de belleza, y servicios para invitados.
- Suministros que no se usen para tratar una afección médica.

Sección 9. Servicios que no están cubiertos por el plan pero es posible que estén cubiertos a través de otra fuente

La cobertura de estos servicios no está incluida en el plan, pero podrían estar cubiertos por otra fuente, como el estado, el condado, el gobierno federal, la tribu, o un plan de medicamentos recetados de Medicare. Para conocer más acerca de estos servicios, llame a la Asistencia al Consumidor de Atención Médica del DHS (HCCS) al 651-297-3862 o al 800-657-3672 o al 711 (TTY), o use su servicio de retransmisión preferido. Esta llamada es gratuita.

- Gestión de casos para afiliados con discapacidades del desarrollo.
- Servicios de habilitación y capacitación durante el día.
- Con la excepción de los servicios de exención para personas mayores, otros servicios de exención prestados en el marco de las exenciones de servicios basados en el domicilio y la comunidad.
- Gestión de casos de HIV.
- Centro de cuidados intermedios para afiliados con discapacidades del desarrollo (ICF/DD).
- Servicios educativos y de capacitación laboral.
- Reembolso de millas (por ejemplo, cuando usa su propio automóvil), comidas, alojamiento y estacionamiento. Llame a su condado para obtener más información.
- Estadías en un hogar para ancianos y convalecientes de las que nuestro plan no es responsable. Consulte “Servicios de hogar para ancianos y convalecientes” en la sección 7.
- Recetas cubiertas por el Programa de Medicamentos Recetados de Medicare (Medicare Parte D). Debe estar inscrito en un plan de medicamentos recetados de Medicare para recibir estos servicios.
- Alojamiento y comida asociados con los servicios de tratamiento residencial intensivo (IRTS).
- Servicios brindados por instituciones federales.
- Servicios brindados por un centro de tratamiento regional estatal o un centro de atención a largo plazo de propiedad estatal, salvo que esté aprobado por nosotros o que el servicio se brinde por orden judicial bajo condiciones especificadas por la ley.
- Tratamiento en centros definidos según la Regla 36 que no tienen licencia para servicios de tratamiento residencial intensivo (IRTS).

Sección 10. Cuándo llamar a su trabajador de condado

Llame a un trabajador de su condado para notificar estos cambios:

- Cambios de nombre
- Cambios de dirección, inclusive si se muda de Minnesota
- Fecha de inicio y finalización de un embarazo
- Adición o pérdida de un miembro de la familia
- Pérdida o robo de la tarjeta de identificación del Programa de Atención Médica de Minnesota
- Seguro nuevo o Medicare: fecha de inicio/finalización
- Cambio en los ingresos, inclusive cambios de empleo

Sección 11. Uso de la cobertura del plan con otros seguros

Si tiene otro seguro, infórmenos antes de recibir atención. Le haremos saber si debe usar los proveedores de la red del plan o los proveedores de atención médica de su otro seguro. Coordinaremos nuestros pagos con ellos. Esto se denomina “coordinación de beneficios”. Ejemplos de otros seguros incluyen:

- Seguro para automóvil sin culpa
- Compensación para trabajadores
- Medicare
- Tricare
- Otra cobertura de una organización para el mantenimiento de la salud (HMO)
- Otro seguro comercial

Cuando se convierte en afiliado del plan, acepta lo siguiente:

- Nos permite enviar facturas a otros seguros
- Nos permite obtener información sobre usted de otros seguros
- Nos permite recibir pagos de otro seguro en lugar de que los pagos se envíen a usted
- Nos ayuda a recibir pagos de sus otros seguros

Si cambia su otro seguro, infórmele a un trabajador de su condado.

Sección 12. Subrogación u otras demandas

Puede tener otras fuentes de pago para su atención médica. Estas pueden provenir de otra persona, otro grupo, otra compañía de seguros u otra organización. Las leyes federales y estatales establecen que los beneficios de Medical Assistance se pagan solo si no existe otra fuente de pago. Si tiene una demanda contra otra fuente por lesiones, haremos una demanda independiente por la atención médica que cubrimos para usted. La ley exige que usted nos ayude a hacerlo. La demanda puede cubrirse con cualquier fuente que sea responsable del pago de la atención médica que cubrimos para usted. El monto de la demanda no será mayor que lo permitido por las leyes estatales y federales.

Sección 13. Proceso de reclamo, apelación y apelación estatal (audiencia imparcial ante el Estado)

En esta sección se explica el proceso de reclamos y apelaciones, lo que incluye los avisos, los reclamos (quejas), las apelaciones al plan de salud y las apelaciones estatales (audiencias imparciales ante el Estado). Se describe cómo y cuándo usar el sistema de reclamos y apelaciones si no está satisfecho con su atención médica o servicios, o si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado. Se detallan también sus derechos al usar el sistema de reclamos y apelaciones.

Llame a Servicios para Afiliados al número de teléfono que figura en la sección 1 si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para presentar un reclamo o una apelación.

Términos del sistema de reclamos y apelaciones que debe conocer

Un reclamo se hace cuando usted no está satisfecho con los servicios que recibió, y puede incluir cualquiera de los siguientes casos:

- calidad de la atención o de los servicios brindados
- incumplimiento de sus derechos
- trato descortés de un proveedor o de un empleado del plan de salud
- retraso en el tratamiento o la referencia correspondientes
- falta de accionar dentro del período de tiempo requerido para los reclamos y las apelaciones

Una denegación, finalización o reducción (DTR) (aviso de acción) es un formulario o una carta que le enviamos para informarle de una decisión que tomamos sobre una solicitud de servicio, el pago de una reclamación o cualquier otra solicitud. En el aviso, se le informará cómo presentar una apelación ante el plan de salud o cómo solicitar una apelación estatal (una audiencia imparcial ante el Estado) si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Una apelación ante el plan de salud es su solicitud para que revisemos una decisión que tomamos. Puede solicitar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión en cualquiera de las siguientes acciones (decisiones):

- denegación o autorización limitada del tipo o el nivel de servicio solicitado por su proveedor
- reducción, suspensión o cancelación de un servicio que se había aprobado previamente
- denegación de todo el pago o de parte del pago por un servicio
- falta de prestación de servicios (incluido el traslado) en un tiempo razonable
- denegación de la solicitud de un afiliado para obtener servicios fuera de la red, en el caso de afiliados que vivan en un área rural con solo un plan de salud
- falta de una respuesta a su reclamo o apelación en los plazos de tiempo exigidos
- denegación de su solicitud para disputar su responsabilidad financiera, incluidos copagos y otros costos compartidos

Su proveedor puede apelar en su nombre con su autorización escrita. Su proveedor tratante puede apelar una decisión sobre una autorización previa sin su consentimiento.

Una apelación estatal (audiencia imparcial ante el Estado) es su solicitud para que el estado revise una decisión que tomamos. Debe presentar una apelación ante South Country Health Alliance antes de solicitar una apelación estatal. Si nos tomamos más de 30 días para decidir sobre su apelación y no ha pedido una prórroga o no agregamos una extensión, no es necesario que espere a que le informemos nuestra decisión para solicitar una apelación estatal. Puede apelar cualquiera de estas acciones (decisiones):

- denegación o autorización limitada del tipo o el nivel de servicio
- reducción, suspensión o cancelación de un servicio que se había aprobado previamente
- denegación del pago por un servicio en parte o en su totalidad
- falta de prestación de servicios en un plazo de tiempo razonable
- nuestra falta de acción en los plazos requeridos para autorizaciones previas y apelaciones
- responsabilidad financiera, incluidos copagos y otros costos compartidos
- cualquier otra acción

Plazos importantes de las apelaciones

Debe cumplir con los plazos establecidos para presentar apelaciones ante el plan de salud y apelaciones estatales (audiencia imparcial ante el Estado). Si no respeta los plazos permitidos, es posible que no revisemos su apelación y que el estado no acepte su solicitud de apelación.

Debe apelar ante nosotros **dentro de los 60 días** posteriores a la fecha de la DTR (aviso de acción). Podemos otorgarle más tiempo si tiene un motivo válido para no cumplir ese plazo. Debe presentar la apelación ante nosotros **antes** de solicitar una apelación estatal. Si nos tomamos más de 30 días para decidir sobre su apelación y no ha solicitado una extensión o no agregamos una extensión, puede solicitar una apelación estatal sin esperarnos.

Debe solicitar una apelación estatal **dentro de los 120 días** desde nuestra decisión de la apelación.

Si cancelamos o reducimos un servicio, puede continuar recibiendo ese servicio si presenta una apelación ante el plan de salud **dentro de los 10 días** desde la fecha del aviso, o antes de que el servicio se cancele o reduzca, lo que suceda más tarde. **Debe solicitar seguir recibiendo el servicio cuando presente una apelación.** El servicio puede continuar hasta que la apelación sea decidida. Si usted pierde la apelación, es posible que deba pagar por estos servicios, pero solo si la política estatal lo permite.

Si pierde la apelación, puede continuar recibiendo el servicio durante la apelación estatal si solicita esta última dentro de los 10 días de la fecha de la decisión sobre la apelación al plan.

En el caso del Programa de Beneficiarios Restringidos, el afiliado que reciba el aviso de la restricción puede presentar una apelación ante nosotros. Debe presentar una apelación **dentro de los 60 días** desde la fecha en que lo notificamos. Debe apelar dentro de los 30 días para evitar que la restricción se implemente durante la apelación. Puede solicitar una apelación estatal después de recibir nuestra decisión.

Cómo presentar una apelación oral o escrita ante nosotros

Puede presentar la apelación por teléfono, por escrito, por fax o de manera presencial. Encontrará la información de contacto y la dirección en “Apelaciones y reclamos” en la sección 1.

Usted puede presentar cualquier documento y proporcionar información personalmente, por teléfono o por escrito. Se mantendrá la privacidad de sus registros, de conformidad con la ley. Recibirá una carta de nuestra parte en la que le confirmamos que hemos recibido su solicitud de apelación.

En la solicitud de apelación, debe incluir los siguientes datos:

- Su nombre
- Fecha de nacimiento
- Dirección
- Número de afiliado
- Número de teléfono
- Motivos de la apelación

También puede incluir toda la información que desee que analicemos, como, por ejemplo, historial clínico, cartas de proveedores u otra información que explique por qué necesita el artículo o servicio. Llame a su proveedor si necesita esta información. Le recomendamos conservar una copia de todo lo que nos envíe para sus registros.

Las apelaciones rápidas se usan para los servicios urgentes. Si acordamos que es urgente, le daremos una decisión dentro de las 72 horas. Intentaremos llamarlo para informarle la decisión antes de enviarle la decisión por escrito.

Es posible que demoremos hasta 14 días adicionales si necesitamos más información y si esto es lo mejor para usted, o si usted o su proveedor solicitan tiempo adicional. Le explicaremos por qué necesitamos el tiempo adicional.

Si su apelación no es urgente, le informaremos dentro de los 10 días a partir de la fecha en que la recibamos. Le informaremos la decisión por escrito en un plazo de 30 días. Es posible que demoremos hasta 14 días adicionales si necesitamos más información y si esto es lo mejor para usted, o si usted solicita tiempo adicional. Le diremos que nos tomaremos tiempo adicional y por qué.

La persona que toma la decisión no será la misma que estuvo involucrada en la revisión previa ni en la toma de decisiones.

Si estamos decidiendo una apelación sobre un servicio que se denegó porque no era necesario por motivos médicos, la decisión la tomará un profesional de atención médica con experiencia clínica apropiada en el tratamiento de su afección o enfermedad.

Usted o su representante pueden presentar la información en persona, por teléfono o por escrito.

Si apela, le enviaremos a usted o a su representante el archivo del caso, previa solicitud, incluyendo historial clínico y cualquier documento o registro que consideremos durante el proceso de apelación.

Para presentar una apelación estatal (audiencia imparcial ante el Estado) ante el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota

Debe presentar la apelación al plan de salud con nosotros **antes** de solicitar una apelación estatal. Debe solicitar una apelación estatal **dentro de los 120 días** desde la fecha de nuestra decisión de la apelación (resolución).

Su apelación estatal debe hacerse por escrito. Puede escribir al Departamento de Servicios Humanos de Minnesota para solicitar una apelación estatal.

Escriba a: Minnesota Department of Human Services
Appeals Office
P.O. Box 64941
St. Paul, MN 55164-0941

Para presentaciones en línea: <https://edocs.dhs.state.mn.us/lfserver/Public/DHS-0033-ENG>

O por fax: 651-431-7523

Explique al estado por qué no está de acuerdo con la decisión que tomamos. Puede pedirle ayuda a un amigo, un familiar, un defensor, un proveedor o un abogado. Su proveedor deberá tener su permiso por escrito para solicitar una audiencia estatal por usted.

Un juez de servicios humanos de la Oficina de Apelaciones del estado llevará a cabo una audiencia. Usted puede solicitar asistir a la audiencia por teléfono, video, o en persona. Puede solicitar a sus proveedores o a otros a brindar testimonio. También puede presentar documentos para que el juez los considere.

El proceso puede demorar 90 días. Si su audiencia es sobre un servicio urgente, dígaselo al juez o al defensor del pueblo cuando los llame o les escriba.

Si su audiencia es sobre un servicio que se denegó porque no era necesario por motivos médicos, puede pedir que lo revise un experto médico. El experto médico es independiente tanto del estado como de South Country Health Alliance. El estado paga esta revisión. No tiene ningún costo para usted.

Si no está de acuerdo con la decisión del juez de servicios humanos, puede pedir al estado que reconsidere la decisión. Envíe una solicitud por escrito para la reconsideración a la Oficina de Apelaciones del Departamento de Servicios Humanos de Minnesota dentro de los 30 días desde la fecha de la decisión. La información de contacto se detalla más arriba en esta sección.

Si no está de acuerdo con la decisión del estado, puede apelar en la corte del distrito de su condado.

Reclamos (quejas)

Puede presentarnos un reclamo **en cualquier momento** por problemas o inquietudes ocurridos cuando estaba afiliado al plan de salud. No hay plazos para presentar un reclamo ante nosotros.

Cómo presentar un reclamo oral ante nosotros:

Llame a Servicios para Afiliados al número de teléfono que figura en la sección 1 y cuéntenos el problema.

Le informaremos la decisión en un plazo de 10 días. Es posible que demoremos hasta 14 días adicionales para tomar una decisión si necesitamos más información y si esto es lo mejor para usted, o si usted o su proveedor solicitan tiempo adicional. En un plazo de 10 días, le diremos si nos tomaremos tiempo adicional y por qué.

Si su reclamo es sobre la denegación de una apelación rápida o un reclamo por cuestiones de atención médica urgente, le daremos una decisión dentro de las 72 horas.

Para presentar un reclamo por escrito ante nosotros

Envíenos una carta con su reclamo. Envíela a la dirección que figura en “Apelaciones y reclamos” de la sección 1. También puede enviarnos la carta por fax al número que figura en la sección 1.

Podemos ayudarlo a escribir su reclamo. Llame a Servicios para Afiliados al número de teléfono que figura en la sección 1 si necesita ayuda.

Le informaremos que recibimos su reclamo escrito dentro de los 10 días.

Le informaremos la decisión por escrito en un plazo de 30 días. Es posible que demoremos hasta 14 días adicionales si necesitamos más información y si esto es lo mejor para usted. Le diremos que nos tomaremos tiempo adicional y por qué.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud de Minnesota.

Escriba a: Minnesota Department of Health
Health Policy and Systems Compliance Monitoring Division
Managed Care Systems Section
P.O Box 64975
St. Paul, MN 55164-0975

Llame a: 800-657-3916 (esta llamada es gratuita) o (651) 201-5100.
711 (TTY), o use el servicio de retransmisión que prefiera.

Visite: <https://www.health.state.mn.us/facilities/insurance/clearinghouse/complaints.html>

Si necesita ayuda, también puede llamar al defensor del pueblo para los Programas Públicos de Atención Médica Administrada. La información de contacto se detalla después de esta sección.

Información importante sobre sus derechos al presentar un reclamo, una apelación o una apelación estatal (audiencia imparcial ante el Estado)

Si decide presentar un reclamo o una apelación, o solicitar una apelación estatal, esto no afectará su elegibilidad para los servicios médicos. Tampoco afectará su inscripción en nuestro plan de salud.

Puede pedirle a un familiar, un amigo, un defensor, un proveedor o un abogado que le ayuden con el reclamo, la apelación o la apelación estatal.

La presentación de una apelación o un reclamo ante el plan de salud o de una apelación estatal no tiene costo para usted. Es posible que paguemos algunos gastos, como transporte, cuidado infantil, fotocopias, etcétera.

Si solicita su historial clínico u otros documentos, que usamos para tomar una decisión, o si quiere copias de estos, nosotros o su proveedor debemos brindárselas sin costo. Si lo solicita, debemos brindarle sin costo alguno una copia de las pautas que usamos para tomar nuestra decisión. Es posible que deba presentar esa solicitud por escrito.

Si necesita ayuda con su reclamo, apelación al plan de salud o apelación estatal, puede llamar o escribir al defensor del pueblo para los Programas Públicos de Atención Médica Administrada. Es posible que puedan ayudarle con sus problemas de acceso, servicio o facturación. También pueden ayudarle a presentar un reclamo o una apelación ante nosotros, o a solicitar una apelación estatal.

Llame al: 651-431-2660
800-657-3729 o 711 (TTY), o use el servicio de retransmisión que prefiera. Esta llamada es gratuita.
Los horarios de atención son de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

O bien

Escriba al siguiente destinatario: Ombudsperson for Public Managed Health Care Programs
P.O. Box 64249
St. Paul, MN 55164-0249
Fax: 651-431-7472

Sección 14. Definiciones

Estos son los significados de algunas palabras que se utilizan en este Manual para afiliados.

Acción: esto incluye:

- denegación o autorización limitada del tipo o el nivel de servicio
- reducción, suspensión o cancelación de un servicio que se había aprobado previamente
- denegación de todo el pago o de parte del pago por un servicio
- falta de prestación de servicios en un plazo de tiempo razonable
- falta de accionar dentro del período de tiempo requerido para los reclamos y las apelaciones
- denegación de la solicitud de un afiliado para obtener servicios fuera de la red, en el caso de afiliados que vivan en un área rural con solo un plan de salud

Acceso directo a servicios: puede acudir a cualquier proveedor en la red del plan para obtener estos servicios. No necesita una referencia ni una autorización previa de su médico de atención primaria (PCP) o de su centro de atención primaria (PCC) antes de recibir los servicios.

Afiliado: una persona que recibe servicios por medio de cierto programa, como el Programa de Atención Médica de Minnesota o Medicare.

Anestesia: medicamentos que hacen que se duerma para una cirugía.

Apelación estatal (audiencia imparcial ante el Estado): una audiencia ante el Estado para que revise una decisión tomada por nosotros. Debe solicitar la audiencia por escrito. Su proveedor puede solicitar una apelación estatal con su autorización escrita. Puede pedir una audiencia si no está de acuerdo con lo siguiente:

- una denegación, finalización o reducción de servicios
- inscripción al plan
- denegación parcial o total de una demanda por un servicio
- nuestra falta de acción en los plazos requeridos para autorizaciones previas y apelaciones
- cualquier otra acción

Apelación: una forma de objetar nuestro accionar si cree que cometimos un error. Puede pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura presentando una apelación escrita u oral.

Área de servicio: área donde una persona debe vivir para poder formar parte del plan o seguir estando afiliado a él. Comuníquese con Servicios para Afiliados al número de teléfono que figura en la sección 1 si desea obtener más detalles sobre el área de servicio. También puede consultar la sección Introducción para obtener información sobre los condados dentro del área de servicio del plan.

Atención ambulatoria en el hospital: atención en un hospital que no suele requerir que se quede a pasar la noche.

Atención de enfermería especializada: atención o tratamiento que solo puede ser realizado por enfermeras con licencia.

Atención de necesidad urgente: atención que recibe por una enfermedad, lesión o afección repentina que no califica como emergencia pero que debe atenderse de inmediato. También se denomina atención de urgencia.

Atención médica en el hogar: servicios de atención médica por una enfermedad o una lesión que se brindan en el hogar o en la comunidad donde el afiliado vive y realiza sus actividades.

Atención posterior a la estabilización: servicios hospitalarios necesarios para ayudar a una persona a mantenerse estable después de la atención de emergencia. Comienza cuando el hospital solicita nuestra aprobación de cobertura. Continúa hasta que la persona recibe el alta; hasta que nuestro proveedor de atención médica calificado de la red del plan comienza la atención; o hasta que nosotros, el hospital y el proveedor de atención médica calificado llegamos a un acuerdo diferente.

Autorización de servicio: nuestra aprobación necesaria para algunos servicios antes de que los reciba. También se denomina preautorización o autorización previa.

Autorización permanente: consentimiento escrito por nosotros para atenderse con un especialista fuera de la red más de una vez (para una atención permanente).

Autorización previa: nuestra aprobación necesaria para algunos servicios antes de que los reciba. También se denomina preautorización o autorización de servicio.

Cargo por servicio (FFS): un método de pago para los servicios de salud. El proveedor médico emite la factura directamente a nombre del Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Minnesota. El DHS paga al proveedor por los servicios médicos. Este método se usa cuando usted es elegible para los Programas de Atención Médica de Minnesota, pero no está inscrito en un plan de salud.

Centro de convalecencia especializado: centro que proporciona a sus pacientes internados atención de enfermería especializada, servicios de rehabilitación u otros servicios médicos relacionados. Si usted es beneficiario de Medicare, Medicare debe certificar este centro.

Centro de cuidados paliativos: un programa especial para afiliados con enfermedades terminales y cuya esperanza de vida es menor a seis meses, pensado para que vivan con comodidad el tiempo que les resta. Ofrece servicios especiales para el afiliado y su familia. También se denomina servicios paliativos.

Certificado de hogar para ancianos y convalecientes: la decisión de que necesita el nivel de atención de un hogar para ancianos y convalecientes. Para decidir, un evaluador utiliza un proceso denominado Consulta de atención a largo plazo.

Clínica de atención primaria: la clínica de atención primaria (PCC) que elija para su atención de rutina. Esta clínica le brindará la mayor parte de la atención médica.

Cobertura del medicamento recetado: un plan de salud que ayuda a pagar los medicamentos recetados. También se denomina Programa de Medicamentos Recetados de Medicare.

Competencia cultural: la competencia cultural y lingüística es la habilidad de las organizaciones de atención administrada y de los proveedores de la red de brindar atención a los afiliados con diversidad de valores, creencias y comportamientos, y de adaptar la atención brindada para cubrir las necesidades sociales, culturales y de idioma de los afiliados. El objetivo es lograr un sistema de prestación de atención médica y una fuerza de trabajo que pueda brindar la mejor calidad de atención a cada paciente, independientemente de la raza, el grupo étnico, los antecedentes culturales, la competencia lingüística, la alfabetización, la edad, el género, la orientación sexual, la discapacidad, la religión o la posición socioeconómica.

Coordinador de atención: la persona que prepara, coordina y presta (en algunos casos) los apoyos y servicios indicados en el plan de cuidados. Esta persona trabaja con nosotros.

Copagar o copago: un monto fijo que es posible que deba pagar como su parte compartida del costo cada vez que reciba ciertos servicios, suministros o medicamentos recetados. Los copagos suelen pagarse cuando se recibe el servicio, los suministros o los medicamentos recetados.

Costo compartido: montos que puede que sea responsable de pagar por sus servicios médicos. Consulte la sección 6 para acceder a información sobre el costo compartido.

Defensor del pueblo para los Programas Públicos de Atención Médica Administrada: una persona del Departamento de Servicios Humanos de Minnesota que puede ayudarle con problemas de acceso, servicio y facturación. El defensor del pueblo también puede ayudarle a presentar un reclamo o una apelación, o a solicitar una apelación estatal (audiencia imparcial ante el Estado).

Denegación, finalización o reducción (DRT) (aviso de acción): un formulario o una carta que le enviamos para informarle de una decisión que tomamos sobre una queja, servicio, o cualquier acción tomada por nosotros.

Emergencia: una emergencia médica se produce cuando usted u otra persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo o la pérdida de función de una parte del cuerpo, o que podrían causar un daño físico o mental grave. Los síntomas médicos pueden ser una lesión grave o dolor intenso. También se denomina afección médica de emergencia.

Ensayo clínico: un estudio médico calificado que es: sujeto a revisión científica externa, patrocinado por un programa de investigación clínica que cumple con las normas estatales y federales y con los estándares aprobados; y cuyos resultados verdaderos se informan.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos que ordena su médico para que los utilice en el hogar. Algunos ejemplos son los caminadores, las sillas de ruedas, los equipos de oxígeno y los suministros.

Especialista: un médico que brinda atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específicas.

Estadías de internación en el hospital: una estadía en un hospital o centro de tratamiento que suele durar 24 horas o más.

Estados Unidos de América: en este Manual para Afiliados, Estados Unidos incluye los cincuenta estados, el Distrito de Columbia, la Mancomunidad de Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, Samoa Americana y las Islas Marianas del Norte.

Estudio de revisión de calidad externa: un estudio sobre cómo se proporcionan la calidad, la puntualidad y el acceso a la atención por parte de South Country Health Alliance. Este estudio es externo e independiente.

Formulario: la lista de los medicamentos cubiertos por el plan.

Hospitalización: atención en un hospital que requiere el ingreso como paciente internado y que suele requerir que se quede a pasar la noche.

Manual para Afiliados: es el documento que está leyendo. En este documento se explica qué servicios están cubiertos por el plan. También se le explica qué debe hacer para obtener los servicios cubiertos. Además, se detallan sus derechos y responsabilidades. También se detallan nuestros derechos y responsabilidades.

Medical Assistance: el programa Medicaid de Minnesota para personas con un ingreso bajo.

Medicare: programa de seguro de salud federal para personas de 65 años o más. También está disponible para personas menores de 65 años con discapacidades y para personas con insuficiencia renal terminal.

Minnesota Senior Care Plus (MSC+): un programa en el que el estado contrata planes de salud para cubrir y gestionar servicios atención médica y de exención para personas mayores para los inscritos en Medical Assistance de 65 años y mayores.

Necesario por motivos médicos: describe los servicios, los suministros o los medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que vaya al hospital o a un hogar para ancianos y convalecientes. También se refiere a los servicios, los suministros o los medicamentos que cumplen con los estándares aceptados de práctica médica. La atención necesaria por motivos médicos es apropiada para su afección. Esto incluye la atención relacionada con afecciones físicas y la salud conductual (lo que incluye la salud mental y los trastornos por consumo de sustancias). Comprende el tipo y el nivel de servicios. Comprende la cantidad de tratamientos. Comprende también el lugar donde recibe los servicios y el tiempo que continuarán. Los servicios necesarios por motivos médicos deben cumplir con los siguientes requisitos:

- Son servicios, suministros y medicamentos recetados que otros proveedores pedirían habitualmente.
- Lo ayudarán a mejorar o a mantener su nivel de bienestar.
- Lo ayudarán a evitar que su afección empeore.
- Lo ayudarán a prevenir o encontrar problemas de salud.

Plan: una organización que tiene una red de médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de atención para ayudarlo.

Plan de incentivos para médicos: acuerdos de pagos especiales entre nosotros y el médico o grupo de médicos que puede afectar el uso de referencias. También puede afectar otros servicios que podría necesitar.

Plan de medicamentos recetados de Medicare: un plan de seguro que ofrece los beneficios para medicamentos del Programa de Medicamentos Recetados de Medicare (Medicare Parte D).

Planificación familiar: información, servicios y suministros que ayudan a las personas a decidir sobre tener o no hijos. Estas decisiones incluyen elegir tener un hijo, cuándo tenerlo, o no tenerlo.

Prima: el pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de atención médica para la cobertura de salud o de medicamentos recetados.

Programa de Beneficiarios Restringidos (RRP): un programa para afiliados que han recibido atención médica y no han seguido las reglas o han usado los servicios de manera indebida. Si usted es parte de este programa, debe recibir los servicios de salud de un único proveedor de atención primaria designado, una única farmacia, un único hospital u otro proveedor de atención médica designado. Debe hacerlo durante, al menos, 24 meses de elegibilidad para los Programas de Atención Médica de Minnesota. Los afiliados que no sigan las reglas del programa deberán continuar en el programa durante 36 meses más.

Programa de Medicamentos Recetados de Medicare: beneficio de medicamentos recetados para afiliados de Medicare. A veces, se lo denomina Medicare Parte D. Se brinda cobertura para los medicamentos a través de un plan de medicamentos recetados de Medicare.

Proveedor: un profesional o centro de atención médica calificados aprobados según la ley estatal para brindar atención de salud.

Proveedor de atención primaria: su proveedor de atención primaria (PCP) es el médico u otro proveedor de atención médica calificado al que usted recurre en su clínica de atención primaria. Esta persona gestionará su atención médica.

Proveedor o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no está contratado por nuestro plan, no es de su propiedad ni es operado por él, y que no tiene contrato para brindar los servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. También se denomina proveedor no participante.

Proveedores de la red: proveedores que aceptan trabajar con el plan de salud y aceptan nuestro pago, sin cobrar un monto adicional a nuestros afiliados. Mientras esté afiliado a nuestro plan, debe acudir a los proveedores de la red para recibir servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se denominan proveedores del plan o proveedores participantes.

Queja sobre la calidad de la atención: en este manual, “queja sobre la calidad de la atención” significa una insatisfacción expresa relacionada con los servicios de atención médica que causan un daño potencial o real al afiliado. Las quejas sobre la calidad de la atención pueden incluir: acceso; competencia del proveedor y del personal; pertinencia clínica de la atención; comunicación; conductas; consideraciones ambientales y del centro; y otros factores que podrían tener un impacto en la calidad de los servicios de atención médica.

Recetas médicas: medicamentos y fármacos solicitados por un proveedor médico.

Reclamo: una queja que presenta contra nosotros o uno de nuestros proveedores o farmacias de la red. Incluye quejas sobre la calidad de la atención.

Red: nuestros proveedores de atención médica contratados para el plan.

Segunda opinión: si no está de acuerdo con la opinión de un proveedor de la red del plan, tiene derecho a obtener una opinión de otro proveedor. Pagaremos esta consulta. En el caso de los servicios de salud mental, la segunda opinión puede provenir de un médico de fuera de la red. En el caso de los servicios para trastornos por consumo de sustancias, la segunda opinión provendrá de un evaluador calificado diferente, que no necesita ser de la red del plan. Debemos considerar la segunda opinión, pero no estamos obligados a aceptarla en el caso del trastorno por consumo de sustancias o los servicios de salud mental.

Servicio de investigación: un servicio del que no existen pruebas de que sea seguro y efectivo.

Servicio experimental: un servicio del que no existen pruebas de que sea seguro y efectivo.

Servicios ambulatorios en el hospital: servicios proporcionados en un hospital o centro ambulatorio que no tienen el nivel de atención para pacientes hospitalizados. Estos servicios también pueden estar disponibles en su clínica u otro centro de salud.

Servicios/atención de emergencia: servicios cubiertos prestados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia y necesarios para tratar una emergencia médica. También se denomina atención en la sala de emergencias.

Servicios cubiertos: los servicios de atención médica que son elegibles para pago.

Servicios de acceso abierto: las leyes federales y estatales le permiten elegir cualquier proveedor de atención médica calificado, clínica, hospital, farmacia o una agencia de planificación familiar para recibir estos servicios, incluso si no forman parte de nuestra red.

Servicios de estabilización de vivienda: servicios que ayudan a las personas con discapacidades, entre ellas enfermedades mentales y trastornos por consumo de sustancias, y a personas mayores a encontrar una vivienda y a mantenerla. La finalidad de estos servicios es brindar apoyo a la persona en su transición a la vivienda, aumentar la estabilidad a largo plazo de la vivienda en la comunidad y evitar períodos futuros sin techo o institucionalización.

Servicios de médico: servicios proporcionados por una persona con licencia, conforme a la ley estatal, para ejercer la medicina o la osteopatía. Servicios de atención médica que un médico con licencia (doctor en medicina [M.D.] o doctor en medicina osteopática [D.O.]) brinda o coordina.

Servicios domiciliarios y comunitarios (HCBS): servicios adicionales que se prestan para ayudarlo a permanecer en su domicilio.

Servicios fuera de la red: atención médica proporcionada a un afiliado por parte de un proveedor que no forma parte de la red del plan.

Servicios fuera del área: atención de salud proporcionada a un afiliado por parte de un proveedor fuera de la red, fuera del área de servicio del plan.

Servicios preventivos: servicios que lo ayudan a mantenerse sano, como controles de rutina, vacunas y atención de personas sanas. Estos servicios ayudan a detectar y prevenir problemas de salud. El seguimiento de afecciones diagnosticadas (como un control de la diabetes) **no** se considera preventivo.

Servicios y dispositivos de rehabilitación: tratamiento y equipos que recibe para poder recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación importante.

Subrogación: nuestro derecho a cobrar dinero en su nombre de otra persona, grupo o compañía de seguros. Tenemos este derecho cuando usted recibe cobertura médica a través de este plan por un servicio cubierto por otra fuente o por un tercero.

Traslado médico de emergencia: servicios de ambulancia para una afección médica de emergencia.

Trastorno por consumo de sustancias: consumir alcohol o drogas de formas perjudiciales.

Esta página queda intencionalmente
en blanco

Esta página queda intencionalmente
en blanco